

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA

LETÍCIA FANTI PEDREIRA DA SILVA

**A ESQUIZOFRENIA ENQUANTO SOMATIZAÇÃO CEREBRAL:
ASPECTOS PSICODINÂMICOS**

SANTOS

2021

LETÍCIA FANTI PEDREIRA DA SILVA

**A ESQUIZOFRENIA ENQUANTO SOMATIZAÇÃO CEREBRAL:
ASPECTOS PSICODINÂMICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência parcial para
obtenção do grau de bacharel ao Curso de
Psicologia do Instituto de Saúde e
Sociedade da Universidade Federal de
São Paulo — Campus Baixada Santista.

Orientador: Prof. Dr. Sidnei José Casetto

SANTOS

2021

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S586e da Silva, Letícia Fanti Pedreira.
A esquizofrenia enquanto somatização cerebral:
aspectos psicodinâmicos.. / Letícia Fanti Pedreira da
Silva; Orientador Sidnei José Casetto; Coorientador
. -- Santos, 2021.
72 p. ; 30cm

TCC (Graduação - Psicologia) -- Instituto Saúde e
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. Somatização. 2. Esquizofrenia. 3.
Psicossomática. 4. Psicodinâmica. I. Casetto, Sidnei
José, Orient. II. Título.

CDD 150

RESUMO

A hipótese da esquizofrenia enquanto somatização cerebral, apresentada por Christophe Dejours, centra-se na concepção de que essa doença não poderia ser classificada somente como mental, mas como uma doença psicossomática devido à possibilidade de situar e de identificar quais são as desorganizações neurofisiológicas e neuroquímicas que operam no corpo biológico do sujeito diagnosticado com essa afecção. Com relação ao ambiente psicoafetivo que irá propiciar a vulnerabilidade à esquizofrenia na criança, o autor apreende impasses psíquicos do casal parental que perturbam o processo pelo qual as competências cognitivas e de linguagem da criança possam servir de apoio para determinada curiosidade e imaginação erótica. O pensamento infantil no que se refere à sexualidade, ao devaneio, à fantasia, não seria suficientemente libidinizado pelas funções materna e paterna, impedindo a subversão de funções cerebrais em prol do capital erótico, dificultando o acesso da criança à linguagem e à simbolização em seu corpo psíquico. O objetivo a que este trabalho se propôs consistiu em descrever as condições psicodinâmicas que compreendem a esquizofrenia enquanto um processo de somatização. Foi adotada uma metodologia qualitativa, investigando os trabalhos publicados por Christophe Dejours relativos à psicose, à psicossomática e à teoria do corpo, bem como a descrição de casos clínicos, publicados pelo autor, cujos pacientes adotaram algum tipo de defesa psíquica característica da psicose. Os resultados da pesquisa indicam: um tipo de dinâmica psíquica apresentada pelo casal parental marcada pelo não-desejo de um terceiro, o que dificultaria a criança se situar no ambiente afetivo; um entrave que a função materna teria para acessar a função simbólica referente aos termos do sistema de parentesco, o que impede a sua transmissão ao filho; a inviabilidade de que a singularidade da criança, bem como a criação espontânea de seus pensamentos, sejam constituídos; O ambiente extrapsíquico propiciará uma organização intrapsíquica na criança caracterizada pelo *déficit* da formação do sistema pré-consciente, pelo uso restrito de pensamentos que não sofrem influência do sistema pré-consciente, pela satisfação psíquica por meio da percepção e pela maior fragilidade psicossomática diante de determinadas percepções ameaçadoras a sua existência. A despeito de uma psicodinâmica própria da esquizofrenia, a análise dos casos clínicos revelou a possibilidade da utilização de diferentes recursos sintomáticos para defender a integridade psíquica.

Palavras-chave: somatização, esquizofrenia, psicossomática, psicodinâmica.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 — Clivagem em estado de equilíbrio.....	23
FIGURA 2 — Terceira tópica psíquica.....	25
FIGURA 3 — Tópica da passagem ao ato.....	28
FIGURA 4 — Tópicparanoia.....	30
FIGURA 5 — Tópica da descompensação psicótica.....	31
FIGURA 6 — Tópica da somatização protetora da clivagem.....	32

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
1.1 Diálogos entre corpos, composição psíquica.....	07
2. OBJETIVO.....	11
3. METODOLOGIA.....	11
4. PENSAMENTOS E CORPOS INTERDITOS.....	13
4.1 Sujeito privado de origem, violência alienante.....	14
4.2 Relato clínico: caso Helena.....	18
5. IMPASSES E ACIDENTES DA SEDUÇÃO:	
A TÓPICA DA CLIVAGEM.....	20
5.1 Incitação e reação amencial.....	24
5.2 O duplo movimento onírico.....	25
5.3 Passagem ao ato: a tópica da psicopatia.....	27
5.4 Delírios e alucinações: a tópica da psicose.....	28
5.5 Somatização em aparente quietude: a tópica da caracterose.....	31
5.6 Caminhos da violência: do instinto à proscrição.....	33
5.7 Estabilização da clivagem: possibilidades de outros arranjos defensivos.....	38
6. O ESPAÇO ONDE SE CONSTITUI A PREVALÊNCIA DA SATISFAÇÃO PELA PERCEPÇÃO.....	40
6.1 A ameaça da criança pensante: diálogos perceptivos.....	43
6.2 Manifestações clínicas do sistema percepção-consciência.....	43
6.3 Relato clínico: caso Phillipa.....	45
6.4 Reação aguda generalizada .epilepsia.....	49
7. SOMATIZAÇÕES CEREBRAIS.....	50
7.1 Aspectos biológicos da esquizofrenia.....	51
7.1.1 A vulnerabilidade psicótica.....	53
7.2 Relato clínico: caso Macha.....	56
7.3 Relato clínico: caso Jorge.....	59
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
9. REFERÊNCIAS.....	70

1. INTRODUÇÃO

Se a psicossomática psicanalítica pode ser considerada um campo de estudos compreendido numa área de intersecção entre a medicina e a psicanálise, haveria a possibilidade de estabelecer uma articulação, ou talvez continuidade, entre biologia e psicanálise? Para a biologia, o psiquismo pode ser concebido como um fenômeno relativo ao sistema nervoso central; para a psicanálise, o biológico pode ser subvertido em suas leis para tornar-se uma ficção dirigida pelo desejo. Ambas as partes, por vezes, cientes de seus limites, consideram a possibilidade de uma teoria que as integre em uma unidade psicossomática.

Com o intuito de abordar a questão da unidade do homem, Christophe Dejours, psiquiatra e psicanalista, publica um trabalho em 1986 com o objetivo de articular conhecimentos da biologia com resultados da investigação da clínica psicanalítica. Trata-se de uma pesquisa orientada a partir de três pontos fundamentais por onde operam os registros psíquicos e somáticos: a angústia, a memória e o sonho. Para o autor, os movimentos de desorganização e de desintração pulsionais se expressam biológica e psiquicamente por meio de crises de angústia; já os movimentos de organização, no sentido da inscrição e elaboração de experiências vividas, são registrados no corpo biológico e no psiquismo graças aos processos envolvidos na memória e na aprendizagem. O sonho, por fim, seria o processo pelo qual é possível converter a angústia vivenciada em experiência memorizada (DEJOURS, 1986/1989; 2001/2019).

Os resultados da pesquisa de Dejours sobre o lugar do corpo o levaram a reconhecer convergências entre a medicina e psicanálise relativas somente à angústia referente aos transtornos psicóticos: pesquisas biológicas no campo da neuroquímica e da psicofarmacologia acerca da esquizofrenia descrevem transtornos no sistema nervoso central, como a hipertonia dopaminérgica, por exemplo, que correspondem à angústia mentalmente representada e organizada em torno da perseguição — angústia de desagregação, de destruição e de aniquilamento, descritas por diversos psicanalistas que se dedicaram aos estudos acerca da psicose (DEJOURS, 1986/1989; 2001/2019).

Dejours apreende, portanto, que foi em relação à psicose que a articulação entre biologia e psicanálise pôde melhor se constituir. Com o avanço das pesquisas no campo da medicina, a partir do final do século passado, foi possível identificar as implicações do quadro de esquizofrenia no corpo biológico. Se as perspectivas clássicas da somatização a compreendem como um adoecimento que abrange o corpo em sua fisiologia, então

seria possível admitir a hipótese da esquizofrenia como uma somatização que desorganizaria o cérebro? É possível integrar ao corpo biológico uma doença reconhecidamente mental? Se sim, haveria alguma particularidade envolvida na irrupção dessa somatização cerebral?

No que se refere à memória e ao sonho, a tentativa de estabelecer um paralelismo entre biologia e psicanálise revelou-se insatisfatória, uma vez que essa relação seria caracterizada principalmente pela descontinuidade: ambas as abordagens apresentam definições, problemáticas e preocupações científicas discrepantes. Enquanto a biologia se interessa pelos processos envolvidos na recepção, no armazenamento, no registro e na recuperação de informações, a psicanálise se interessa pelos esquecimentos, pelas deformações das lembranças, pela persistência de traços mnésicos de experiências vivenciadas que foram memorizadas e posteriormente esquecidas. Quanto ao sonho, a biologia orienta suas investigações para o sono paradoxal, sono lento e seus transtornos. Os estudos psicossomáticos psicanalíticos revelam que o sonho não transcorre somente no sono paradoxal (DEJOURS, 1986/1988; 2001/2019).

O corpo estudado pela biologia corresponde à descrição de fenômenos do mundo objetivo. O corpo estudado pela psicanálise busca representar e compreender questões preteridas no campo da biologia: “o sonho, a fantasia, o desejo, o sofrimento, o prazer, o amor e, de forma mais ampla, os afetos que passam pelo corpo e o mobilizam incontestavelmente” (DEJOURS, 2001/2019, p. 13). A principal conclusão é de que o somatório dos conhecimentos alcançados pela psicanálise também retrata a descrição de um corpo que, sem dúvida, difere do corpo fisiológico, uma vez que seu revestimento é constituído e modelado por meio da infância vivida, representada, memorizada e fantasiada pelo sujeito. Que corpo é esse?

1.1 Diálogo entre corpos, composição psíquica

Consequência de um diálogo exercido em torno do corpo fisiológico e de suas funções, com base nos cuidados corporais prestados pelas funções materna e paterna, cujas etapas principais ocorrem nos primeiros anos de vida, um corpo erótico se constitui (DEJOURS, 1986/1989; 1989/1991). A organização desse corpo erótico, ou corpo psíquico, depende de uma operação descrita por Freud (1905/2016) como apoio da pulsão sobre a função fisiológica: sucessivos estágios da edificação sexual constituem o psiquismo a partir de diferentes partes do corpo biológico que vão progressivamente se tornar zonas erógenas. Dejours (2019a) denomina esse processo como subversão

libidinal, pois essas zonas corporais psíquicas são gradativamente extraídas, diabolizadas¹, da energia instintual, para serem subvertidas em energia libidinal. É devido à subversão libidinal que o sujeito consegue se livrar relativamente de seus instintos, de seus comportamentos automáticos e reflexos ou até mesmo de seus ritmos biológicos — o apoio consiste numa condição para que o registro do desejo estabeleça sua primazia sobre o registro da necessidade e a pulsão se diferencie parcialmente do instinto²:

O corpo erótico é, ao mesmo tempo, a *testemunha* da constituição de uma sexualidade psíquica e o *fundamento* dessa sexualidade. É, ao mesmo tempo, ponto de partida e finalidade da sexualidade psíquica. É também a fonte das pulsões sexuais que tem, portanto, muito mais a ver com o corpo erótico ‘adquirido’ que com o corpo fisiológico ‘inato’ (DEJOURS, 1986/1989, p. 103).

A partir do processo de subversão libidinal, o corpo psíquico, gradualmente, é capaz de fazer modificações que incidem sobre a anatomia do corpo biológico, uma vez que “o psíquico consegue, por intermédio do apoio, cristalizar-se, organizar-se e anatomizar-se” (DEJOURS, 2001/2019, p. 23). Assim, o apoio subversivo, processo essencialmente funcional no início da vida afetiva, pode ter consequências que se materializam no corpo fisiológico a partir da construção do corpo erógeno e de eventuais falhas nesse processo. Nessa concepção, o adoecimento somático não decorreria exclusivamente de irregularidades fisiopatológicas, mas também de processos psicopatológicos envolvidos na desorganização da economia erótica (DEJOURS, 2001/2019).

O funcionamento psíquico dos cuidadores da criança, suas fantasias, suas próprias sexualidades, suas histórias e seus impasses psiconeuróticos marcam de modo muito singular a constituição do corpo psíquico da criança, com a possibilidade de impedir que alguma zona do corpo da troca libidinal estruturante integre a parceria pais-criança. Essas zonas forcluídas ou proscritas do corpo erótico torna-se-ão regiões suscetíveis de sofrer acidentes somáticos, uma vez que a subversão libidinal não conseguiria desviar parte da energia instintual relativa aos programas comportamentais inatos, para utilizá-la para fins eróticos. Ao não fazê-lo, ocorreria nessas regiões proscritas uma sobrecarga dos movimentos energéticos marcados por ritmos cronobiológicos (DEJOURS, 1986/1989; 1989/1991; 2001/2019).

¹ Diabolizado no sentido etimológico, (dia-), que indica um descolamento, uma separação.

² A diferença entre instinto e pulsão será esclarecida posteriormente. Ver página 34.

O corpo erótico, portanto, é constituído ou destituído de determinadas funções mediante uma relação intersubjetiva. Relacionar-se com a subjetividade do outro mobiliza não somente representações mentais, mas também, e sempre, o registro expressivo da corporeidade, uma vez que, na comunicação com o outro, as funções fisiológicas são convocadas para servir ao enriquecimento da expressão de sentido — “não há intersubjetividade sem mobilização dos corpos” (DEJOURS, 2001/2019, p. 29). O sentido dos enunciados linguísticos depende, além do léxico e da sintaxe, do compromisso do corpo na expressividade, isto é, deriva do agir expressivo, termo conceituado por Dejours (2001/2019; 2019b).

Por vezes, pode ocorrer de o encontro com o outro solicitar precisamente o uso da função rejeitada, proscria do agir expressivo — nestes casos, a doença somática pode irromper afetando precisamente a função não suficientemente subvertida (DEJOURS, 2019b). As zonas corporais proscrias do agir expressivo podem ser identificadas clinicamente por meio da paralisação de determinada parte do corpo diante de algumas situações, da inabilidade do sujeito de lidar com determinadas regiões do corpo, na inexpressividade e na inibição de determinada função do corpo relação intersubjetiva (DEJOURS, 2001/2019).

Em relação à região corporal que sedia descompensação fisiológica, Dejours (2001/2019; 2019b) oferece um sentido diferente à questão suscitada pelos principais teóricos da Escola de Psicossomática de Paris³ quanto à escolha do órgão afetado pela somatização. O autor propõe uma substituição do foco dessa discussão; em vez de orientar a investigação psicossomática pelo órgão afetado pela somatização, orienta-se por meio da função fisiológica acometida pelo adoecimento. Na concepção da escolha do órgão,

[...] a descompensação somática não circularia às cegas pelo corpo, mas dirigir-se-ia eletivamente para a função proscria do agir expressivo. Isso me faz propor a substituição da questão da escolha do órgão por aquela da *função*. A doença somática se alojaria em um ou mais órgãos do corpo não de forma aleatória, mas na estrita medida de seu envolvimento na função biológica excluída da subversão libidinal (DEJOURS, 2001/2019, p. 31, grifo do autor).

Além disso, Dejours considera a intervenção de fatores genéticos inerentes ao corpo biológico que conduziriam também o processo fisiopatológico eventualmente

³ Criada por Pierre Marty, Michel Fain e Michel d’Muzan a partir da Sociedade Psicanalítica de Paris, a Escola de Psicossomática de Paris realizou estudos clínicos a partir da década de 1960 acerca da somatização que contribuíram para as bases teóricas da psicossomática psicanalítica (MARTY, 1993).

desencadeado. “A descompensação somática expressaria o genótipo em fenótipo” (DEJOURS, 2001/2019, p. 32), uma vez que, considerando o repertório genético, somente algumas doenças poderiam acometer determinados sujeitos.

Em relação ao sentido do adoecimento somático, Dejours (2019b) propõe a hipótese segundo a qual a somatização é dirigida pela intencionalidade. Isto não descarta o caráter eventualmente acidental da doença. Ao contrário, a somatização sempre decorre de um acidente, ainda que seja provável sua ocorrência. A intencionalidade da somatização remete à ideia de que o contexto possui certo protagonismo, pois o componente decisivo da somatização é sua destinação intersubjetiva, isto é, a dinâmica da relação com o outro. O adoecimento somático é vetorizado pelo conflito e, portanto, possui endereçamento intersubjetivo.

Não há sentido inconsciente envolvido na somatização, pois, neste caso, o corpo biológico não sofre atravessamentos do inconsciente. No entanto, a somatização teria um outro tipo de sentido, como uma demanda ou uma convocação ao trabalho do pensamento e da interpretação, visto que o sentido relativo à somatização estaria por ser feito. Este trabalho do pensamento, que pode ser mediado pelo analista por meio do registro expressivo suscitado pela relação intersubjetiva transferencial, visa à incorporação da zona proscrita no corpo erótico; de outro modo, a zona não subvertida pode causar a desordem do eu corporal quando solicitada na relação intersubjetiva (DEJOURS, 1986/1989; 2001/2019, 2019b). Sendo assim, o agir expressivo possibilita a figuração do que posteriormente poderá ser representado, elaborado e simbolizado no sistema pré-consciente. A mentalização⁴, conceito descrito por Pierre Marty (1996), é situada por Dejours numa posição além do agir expressivo enquanto reapropriação da intencionalidade. Porém, “o processo de mentalização parte do corpo; ele é, antes de tudo, corporal” (DEJOURS, 2001/2019, p. 34).

Considerando que a mentalização é, antes de tudo, corporal e o pensamento e as relações entre funcionamento mental e funcionamento biológico envolvem o corpo inteiro, quais seriam os meios utilizados pelo casal parental para evitar uma descompensação psicossomática em seus próprios corpos quando as zonas proscritas de seus corpos eróticos são solicitadas no cuidado de seus filhos? Como fazer quando o não representado é convocado na relação com as crianças, ameaçando a integridade de seus

⁴ Conceito elaborado por Pierre Marty que se refere à quantidade e à qualidade de representações psíquicas. Há o suposto de que, quanto melhor for a estruturação do sistema pré-consciente, maior será a capacidade de mentalização e menor vulnerabilidade a desenvolver afecções orgânicas terá o sujeito. Ver Marty (1996).

corpos? Quais seriam as dinâmicas psíquicas estabelecidas pelo casal parental que poderão criar condições favoráveis à vulnerabilidade psicótica da criança? Como se dará a estruturação do psiquismo infantil que posteriormente fará defesas reconhecidamente psicóticas?

2. OBJETIVO

Descrever as condições psicodinâmicas que compreendem a esquizofrenia enquanto um processo de somatização, segundo a perspectiva psicossomática apresentada por Christophe Dejours.

3. METODOLOGIA

A abordagem metodológica foi qualitativa e considerou os trabalhos publicados por Christophe Dejours relativos à psicose, à psicossomática e à teoria do corpo. Os livros publicados pelo autor, lidos e analisados nesta pesquisa, foram: *O corpo entre a biologia e a psicanálise* (1988); *Repressão e Subversão em psicossomática: pesquisas psicanalíticas sobre o corpo* (1991); *Psicossomática e teoria do corpo* (2019); *Primeiro, o corpo: corpo biológico, corpo erótico e senso moral* (2019). Artigos e também entrevistas cedidas pelo autor, publicados em periódicos, também foram passíveis de consideração e análise em nosso trabalho: foram pesquisados arquivos nas bibliotecas científicas eletrônicas online *SciElo* e *Bvsalud*. Consideramos também a pesquisa e leitura de autores citados e referenciados em trabalhos de Christophe Dejours que foram pertinentes ao objetivo principal desta pesquisa.

A exposição teórica e clínica neste trabalho não foi organizada com base em uma cronologia linear das publicações do autor, mas segundo a aproximação do percurso do raciocínio teórico de determinados conceitos-chave, bem como a transposição de aspectos do corpo teórico desenvolvidos pelo autor: conceitos elaborados e publicados em 2001, que perduram até publicações feitas em 2019, foram postos lado a lado com as primeiras teorias desenvolvidas e publicadas, em 1986. Para tecermos uma apresentação da psicodinâmica envolvida na vulnerabilidade psicossomática da esquizofrenia, foi preciso recorrer às obras: *O corpo entre a biologia e a psicanálise*, cuja primeira edição fora publicada 1986, que lançou os fundamentos teóricos que permitiram construir uma relação de continuidade entre aspectos neurobiológicos da esquizofrenia e manifestações psíquicas e clínicas da doença; e *Primeiro, o corpo*, cuja primeira edição fora publicada

em 2001, na qual o autor apresenta algumas reformulações conceituais, apreendidas neste trabalho, no que concerne à terceira tópica do aparelho psíquico, às origens do inconsciente amencial e ao papel da violência na constituição psíquica e nas desorganizações psicopatológicas.

Em meu primeiro contato com as obras de Christophe Dejours se deu por meio do livro *Repressão e Subversão em psicossomática: pesquisas psicanalíticas sobre o corpo* (1991). Foi a partir dessa leitura, interessada nas concepções do autor referentes à psicossomática, que me deparei pela primeira vez com a hipótese que concebe a esquizofrenia como uma somatização cerebral. Percebendo já em outros autores como, por exemplo, Joyce McDougall, aproximações entre psicose e psicossomatose ou caracterose, as ideias de Dejours apresentadas nessa obra tiveram efeito de uma síntese: da ideia de que psicóticos podem somatizar para a ideia de que a psicose em si equivaleria à somatização. Em seguida, foi por meio do livro *O corpo entre a biologia e a psicanálise* que tive contato com a primeira elaboração da tópica da clivagem. Nesta obra, o autor apresenta um paralelo entre os achados biológicos da psicose e suas manifestações clínicas. Em *Psicossomática e teoria do corpo*, pude apreender melhor o caminho teórico desenvolvido pelo autor em relação à elaboração de suas teorias psicossomáticas. Foi devido às manifestações dos pacientes atendidos em sua clínica que o autor se viu impelido a criar uma teoria psicossomática que compreendesse a premissa de que todo indivíduo, independentemente de sua estrutura psíquica, é passível de somatizar. Em *Primeiro, o corpo*, o autor reapresenta sua teoria, com algumas reedições de concepções outrora publicadas em *O corpo entre a biologia e a psicanálise*; dentre elas estão a genealogia do inconsciente amencial, a violência e o papel da pulsão de morte.

Para destacar a psicodinâmica envolvida no advento da esquizofrenia, recorreremos à obra de Piera Aulagnier, publicada em 1975, que influenciou o pensamento de Christophe Dejours quanto à problemática do desejo do casal parental, principalmente da função materna, que irá margear a constituição psíquica infantil sob determinadas características. Para isso, foi preciso, também, aproximar a concepção teórica do autor acerca da esquizofrenia, exposta em *Repressão e subversão em psicossomática*, publicada em 1989, e o artigo intitulado *A interpretação psicossomática da esquizofrenia e a hipótese da somatização cerebral*, cuja primeira publicação se deu em 1990 e a última, no Brasil, em 2019, na obra intitulada *Psicossomática e teoria do corpo*, cujo material consiste em uma coletânea de artigos e discussões clínicas do autor. Alguns

destes textos foram publicados na França em anos anteriores. Outros, que se tratavam de textos inéditos, foram publicados em português e somente após muitos anos desde sua elaboração em função dos limites de sigilo conferidos à ética psicanalítica.

Neste trabalho, com intuito de fomentar a discussão, foram selecionados e apresentados todos os casos clínicos encontrados nas publicações do autor que descrevem pacientes que fizeram uso de defesas psicóticas em momentos críticos. Verificou-se uma dificuldade relativa à modificação sistemática das palavras utilizadas nos relatos clínicos, pois ao alterar o modo como o caso é relatado e, principalmente, as expressões utilizadas pelo autor que descrevem as manifestações de seus pacientes, o efeito afetivo provocado pela descrição clínica se constatou menos potente para quem as lê. A dificuldade também se mostrou presente ao tentar descrever o caso, afastando-o de sua narrativa original: por se tratar de fragmentos clínicos, se tornou muito difícil a elaboração de uma escrita mais criativa. Portanto, as descrições dos relatos clínicos apresentadas nesta pesquisa estão muito próximas dos textos originais elaborados pelo autor.

4. PENSAMENTOS E CORPOS INTERDITOS

Os pais, diante de regiões do corpo infantil que lhes angustia, podem fazer uso de estratégias com o intuito de tentar impedir a criança de pensar e, portanto, de libidinizar tal zona proscrita de seus próprios corpos. Assim, estagnam-lhe o pensamento quando este se aproxima de determinadas regiões corporais que remetem aos seus próprios fracassos em fazer participar, em seus corpos, as zonas homólogas em prol da troca erótica: os pais batem no filho de modo a sobrecarregar seu aparelho psíquico com percepções; assim, fornecem à criança quantidades excessivas de excitação, deixando-a em estado de medo e de trauma; consequentemente, o pensamento é paralisado (DEJOURS, 1989/1991; 2019a).

Outro estratégia utilizado pelo casal parental, segundo Dejours (1989/1991; 2019a), difere de estagnar o pensamento do filho quando este tenta pôr em jogo a subversão libidinal, isto é, quando tenta elaborar o pensamento que lhe permitiria diabolizar uma função fisiológica em benefício da troca erótica. No momento em que a curiosidade intelectual desponta, principalmente com o acesso à linguagem e à simbolização, a criança evidencia sua curiosidade quanto à sexualidade ao tentar elaborar suas próprias teorias sexuais, o romance familiar e uma história de suas origens (DEJOURS, 2019a). Diante disso, o procedimento adotado pelos pais é outro, não

envolvendo violência física como meio para a recusa ao diálogo. Neste caso, os pais se defendem ao desqualificar o pensamento infantil que lhes causa incômodo. Assim, redirecionam o pensamento do filho ao oferecer-lhe outro sentido capaz de tranquilizar a criança e principalmente a si mesmos: “Mas de modo algum procuram paralisar esse pensamento, como no caso anterior. Os pais toleram o pensamento da criança, mas induzem-na ao erro” (DEJOURS, 2019a, p. 65). Consequentemente, na impossibilidade de proporcionar um sentido à sua vivência somática, a criança aprende a descobrir um percurso de pensamento capaz de atenuar a angústia dos pais. Mas as falhas de libidinização não são caracterizadas pela ausência de pensamento, mas pela presença de um pensamento estranho, alienado (DEJOURS, 1989/1991; 2019a).

O primeiro estratagema descrito e utilizado pelo adulto contra o corpo da criança culmina em zonas corporais passíveis de irrupção de somatizações endócrino-metabólicas ou somatizações viscerais-periféricas (as clássicas somatizações estudadas pela Escola de Chicago⁵ e pela Escola de Psicossomática de Paris⁶). Já o segundo estratagema tem como principal consequência a proscrição das funções cognitivas e linguísticas do corpo erótico, o que fragiliza o sistema nervoso central, tornando-o uma região passível de sofrer somatizações (DEJOURS, 1989/1991; 2019a).

Dejours (2019a) considera que a impossibilidade da criança elaborar uma fantasia sobre sua origem, o que também implica em dar margem à imaginação relativa à relação sexual parental, pode propiciar que a atividade psíquica permaneça sob o primado do instinto, restringindo o alcance elaborativo da cognição e da linguagem. Se o meio educativo for propício, a criança pode obter bom desenvolvimento intelectual pois, em consequência da ausência de subversão libidinal que impede a constituição de um pensamento pré-consciente, o pensamento da criança pode se esquivar dos inconvenientes do atravessamento do inconsciente no Eu.

4.1 Sujeito privado de sua origem, violência alienante

Piera Aulagnier, psiquiatra e psicanalista, influenciou o pensamento de

⁵ A Escola de Chicago, como ficou conhecido o grupo norte-americano de pesquisa em medicina psicossomática liderado por Franz Alexander, desenvolveu estudos acerca de sete principais patologias: asma brônquica, úlcera gástrica, artrite reumatóide, retocolite ulcerativa, dermatoses, tireotoxicose e hipertensão essencial. Para cada uma procurou-se descrever um conflito psíquico específico envolvido na gênese da somatização (CASETTO, 2006).

⁶ A Escola de Psicossomática de Paris desenvolveu estudos acerca de variadas patologias como, por exemplo, cefalalgias, raquialgias, alergias diversas, diabetes, cânceres etc, sob a perspectiva econômica do adoecimento como uma descarga pulsional advinda do traumatismo psíquico (MARTY, 1993).

Christophe Dejours quanto à problemática psicodinâmica envolvida no advento do fenômeno psicótico. Na obra “A violência da interpretação”, a autora tece algumas considerações quanto às condições necessárias para que a esquizofrenia possa se constituir. Criar, pela via da imaginação erótica, uma narrativa individual que explique sua história a partir de suas origens é fundamental para que a criança tenha condições para estruturar as bases do Eu, atribuindo, assim, um sentido à sua existência a partir do momento em que se pode dispor de uma relação de causa e efeito sobre o prazer e o desprazer, isto é, um sentido para suas experiências vivenciadas até então (AULAGNIER, 1975/1979).

Para poder fantasiar sobre sua origem, a criança, antes, precisa fazer uma investigação do discurso materno e paterno, pois estes são os únicos que podem saber e lembrar com detalhes o que o pequeno autor vivenciou em um tempo já distante. O Eu, portanto, só pode contar com o testemunho de sua existência por meio do discurso oferecido pela alteridade. Atribui-se ao discurso materno a tarefa de dar à criança o primeiro enunciado referente à sua origem. A criança, ao interrogar os pais a respeito da história de seu nascimento, interroga o desejo e o prazer do casal parental. Caso haja uma resposta inaceitável ou um vazio no discurso materno, impedindo o Eu infantil de apropriar-se de sua história, então a consequência será a perda de toda possibilidade de tornar sensata sua existência. A problemática da psicose mora na incoerência da relação de causa e efeito sobre a origem do Eu (AULAGNIER, 1975/1979).

A realidade que se revela ao *infans* quanto ao discurso materno se refere a uma “presença, reconhecida pela mãe, de um *não-desejo de um desejo* ou de um *não-desejo de um prazer* que se refere tanto a ‘uma criança’ quanto a *esta* criança” (AULAGNIER, 1975/1979, p. 185). No primeiro, a mãe reconhecerá abertamente que não desejava ter filhos. No segundo, que o ato de procriação que deu origem à criança não lhe causou prazer, assim como não houve prazer algum envolvido no período da gravidez, vivenciado como uma experiência árdua e difícil de suportar somaticamente. Em ambos casos, a rejeição atende a uma mesma causa: a ausência de um “desejo de ter filho”, o qual teria sido transmitido por sua própria mãe e que, agora, poderia transmitir ao seu filho. Em contraste, pode haver a existência de um “desejo de maternidade”, que consiste na negação de um desejo pela criança: esse desejo se constitui numa tentativa de reviver, em posição invertida, a relação com sua própria mãe. Esse desejo excluirá do registro de investimentos maternos todo o material referente ao momento de origem da criança:

Antes de qualquer representação fantasmática da cena primária pela psique

infantil, a “cena da concepção” considerada como a situação real vivida pela mãe - é marcada pela rejeição de sua significação essencial: ela não pode ser investida como um ato de criação, mas, quando muito, como um ato que repetiria um momento vivido por sua própria mãe num passado longínquo, e em relação ao qual a expectativa seria a de permitir o retorno ao tempo que lhe era próprio (AULAGNIER, 1975/1979, p. 185-186).

Assim, aquele que nasce não consegue encontrar nenhum desejo a ele referido enquanto ser singular. A criança se defronta com um meio psíquico no qual seu desejo de ser desejado não encontra uma resposta satisfatória: ou nenhuma criança foi desejada ou, se ela o foi, o desejo materno não investe o que poderia singularizar a criança, pois o desejo da mãe espera o retorno de um ela-mesma. Portanto, será fonte de desprazer para a mãe tudo aquilo que, na existência de seu filho, escapar à repetição: por exemplo, tudo o que for concernente à imprevisibilidade, à demanda cuja resposta não é conhecida e à participação de um pai, uma vez que o que foge ao roteiro pré-estabelecido das vivências infantis do filho dificultaria a sustentação de uma relação que deve se repetir de mãe a mãe. Como resposta a essa vivência, a criança terá de forjar um pensamento que visa à remodelação de uma realidade de um escutado referente às experiências impostas pela função maternante. Esse pensamento irá compor uma interpretação sobre as origens, ainda que contraditória à lógica de pensar das outras pessoas: é o que Aulagnier denomina pensamento delirante primário (AULAGNIER 1975/1979).

A função simbólica própria aos termos do sistema de parentesco tem como atribuição desassociar o lugar do ocupante singular de determinado papel do conceito que essa função deve transmitir. A significação “ser mãe” deve se diferenciar da experiência singular materna que o indivíduo tem, uma vez que “o acesso ao conceito dificulta a repetição da experiência vivida” (AULAGNIER, 1975/1979, p. 190). O pensamento delirante primário decorre do discurso enunciado pela função materna que aparentemente se utiliza de conceitos conforme o que a cultura e, portanto, o simbólico consideram como relativos à maternidade. No entanto, falta à figura materna um conceito que se refira a ela mesma. A significação “ser mãe” remete à mãe uma única função primária de sua história singular: a imagem que ela atribui ao desejo de sua própria mãe ganha *status* de valor universal. No entanto, a mãe não delira no sentido clínico, pois conseguiu estabelecer um compromisso entre o discurso simbólico e o seu próprio: se a função materna é reduzida pela mãe a uma única característica — alimentar, educar, guardar etc — esta característica ainda constituirá um fragmento do conjunto de atributos que a cultura oferece ao conceito. Pode-se apreender que o discurso materno sobre as origens

da criança, quando convocado pelo Eu infantil, não é capaz de lhe fornecer uma resposta, pois não reconhece o direito que a criança tem de ter acesso a um sistema de significações que não seja a retomada do próprio sistema materno (AULAGNIER, 1975/1979).

Enquanto a criança não acessa a linguagem pela fala, a função materna preserva a ilusão de que existe conformidade entre o que as duas pensam. Assim como acredita saber o que o corpo infantil espera e pede, a mãe “pode pretender conhecer o que seu ‘cérebro’ pensa e, sobretudo, o que ele espera e pede como ‘saber’” (AULAGNIER 1975/1979, p. 194). Inclusive, a mãe se dispõe a decretar um saber sobre a linguagem, necessário para que a criança adquira a palavra, mas com a condição de poder impor-lhe somente o que a sua própria linguagem pode significar. Será proibida à criança a possibilidade de encontrar em outro lugar o que o discurso materno não pode lhe oferecer, isto é, a significação de um termo do sistema de parentesco que se adeque à função simbólica que cabe a ela. Essa interdição irá obstaculizar toda a demanda da criança referente à origem de sua vida, à atribuição de sentido a certas experiências vivenciadas e ao “segredo”, frequentemente presente nessas histórias:

Segredo, ciumenta e vergonhosamente escondido da criança, que diz respeito, frequentemente, a um suicídio, a uma mentira sobre o pai real, a uma doença “vergonhosa” - na maioria dos casos mental - a um aborto etc. Em todos os casos, este segredo que a mãe pretende esconder, se refere à razão que *ela se dá* dos problemas encontrados pela criança, ou dos problemas que ela encontraria se conhecesse este segredo e dos problemas que ela reconhece presentes em suas próprias relações familiares. Porque o pai era louco, é que a criança teve problemas, porque sua própria mãe suicidou-se é que seu filho poderia fazer o mesmo, porque ela precisou abortar é que a criança poderia acreditar que ela não a ama (AULAGNIER, 1975/1979, p. 200).

Este “segredo” irá ocupar o lugar do que a mãe compreende como causa originária dos problemas emergentes de sua relação mãe-criança. Ao racionalizar os motivos pelos quais essa causa não pode ser dita ao filho, a mãe poderá aniquilar toda demanda da criança referida à origem, justificando sua própria necessidade de calar ou de mentir: ao afastar todas as associações que ameaçam se referir ao que pretende manter em segredo, a mãe acaba sendo obrigada a calar a totalidade do dizível. Deste modo, a atividade de pensar da criança será aos poucos colonizada pelas demandas maternas que, por esse meio, tentará provar-lhe o fundamento de seu saber e do que deve ser pensado. A criança poderá apropriar-se do “poder-falar” que não é acompanhado de um

“poder-pensar”, isto é, uma fala que não corresponde ao direito de autonomia sobre o pensamento. O pensamento delirante consiste na criação que faz o Eu infantil de um enunciado ausente — é o que permite a criação de uma teoria infantil sobre sua própria origem (AULAGNIER, 1975/1979).

Com o intuito de ilustrar alguns aspectos da problemática psíquica materna que concerne aos casos de psicose, apresentaremos, a seguir, um relato clínico descrito por Christophe Dejours e publicado originalmente no Brasil em 1989 e republicado em 2019. O desenvolvimento teórico acerca dos fenômenos psicóticos, precisamente da esquizofrenia, será retomado mais adiante no corpo deste trabalho em virtude de alguns delineamentos conceituais acerca das possibilidades de constituição e defesas psíquicas que deverão ser traçados para que a teoria da somatização cerebral tenha condições de ser explicitada.

4.2 Relato clínico: caso Helena⁷

A paciente, 40 anos, transmite a impressão visual e corporal de uma mulher desprovida de sensualidade e graça. Helenista, expressa-se por uma linguagem rigorosa e polida. A paciente procura a análise por sentir-se no limite da violência e por reear provocar danos a seus filhos. É asmática e compreende que suas crises somáticas estão entrelaçadas a seus acessos de destrutividade. Optou pelo tratamento psicanalítico por razões éticas e religiosas, isto é, por causa de seus filhos.

A paciente se casou com um jovem viúvo pai de dois garotos. Como havia alguma diferença de idade entre as duas crianças, decidiu adotar outro garoto para fazer companhia ao mais velho. Assim que casou, engravidou do que viria a ser uma menina um pouco mais jovem que o caçula dos dois filhos do marido. Anos depois, deu à luz a outro filho. Então o casal adotou uma criança da mesma idade, conforme o princípio distributivo dos pares.

Para ela, o comportamento das crianças é regido por seu patrimônio genético. O registro afetivo não parece ser considerado em sua concepção de mundo: contam somente o desenvolvimento cognitivo e os desempenhos intelectuais. A paciente declara que o sentido da vida compreende somente o trabalho intelectual e o servir a Deus. Ter filhos é uma necessidade envolvida somente ao exercício de seu talento no domínio da

⁷ Caso clínico extraído do capítulo “As doenças somáticas: com sentido ou sem sentido?”, da obra *Psicossomática e teoria do corpo*, de Christophe Dejours, publicada em 2019. Este caso clínico fora publicado originalmente em *Pulsional: Revista de Psicanálise*, vol. 12, n. 118, p. 26-41, 1989, traduzido por Saulo Krieger.

transmissão do patrimônio educacional. A sexualidade não lhe faz sentido. Os resultados de seus investimentos não se mostraram satisfatórios: o primogênito do marido, que ela educou, estava próximo da psicopatia. O segundo filho do marido realizou brilhantes estudos, mas aproximava-se do alcoolismo e de outras drogas. O primeiro filho adotado não se adaptou socialmente. A filha, que obtinha grande destaque intelectual, teve de ser hospitalizada, vitimada por uma anorexia mental manifestamente psicótica. E os dois filhos mais novos encontravam-se em grandes dificuldades escolares.

A filha, então com 12 anos, começa a preferir, em sua classe, a companhia dos desocupados. Os pais decidem mudá-la de escola e optam por uma instituição mais exigente, implicando alguns meses de estudos voltados a matérias desconhecidas da menina e necessárias à sua entrada num liceu plurilíngue. A filha foi aprovada em todas as avaliações, mas deixou bruscamente de comer,

passou a manter relações mais do que equívocas com um de seus irmãos (remetendo, *a posteriori*, a uma busca de adesividade cutânea psicótica), tenta suicídio, é hospitalizada em pediatria, onde regride grosseiramente e de onde sai com um diagnóstico de anorexia mental grave. Ao modo dos psicanalistas de crianças e de psicóticos, considero que a doença mental da menina deve ser compreendida como um sintoma dos pais (DEJOURS, 2019b, p. 41) .

A paciente é filha adotiva de um casal no qual o marido era um alto executivo, diagnosticado com psicose maníaco-depressiva aguda,

e a esposa demonstrava uma rigidez extrema construída como defesa contra suas origens modestas e contra a angústia provocada pela conduta de sua mãe e de sua irmã, ambas tornadas prostitutas. A mãe de minha paciente tinha horror a tudo o que é corporal e jamais pôde acariciar nem ter nos braços a paciente quando criança (DEJOURS, 2019b, p. 44-45).

O caso clínico descrito por Dejours (2019b) nos permite compreender os efeitos da proscrição radical da sexualidade na relação entre pais e filhos e a dificuldade de acesso e transmissão da função simbólica materna: a paciente situa seu lugar de mãe ao conferir a si somente a função de educar os filhos. O que se espera deles é que respondam satisfatoriamente à necessidade materna de transmissão de tudo o que diz respeito à educação formal. A filha mais nova assumiu o lugar que lhe fora destinado, mas passou a ter descompensações somáticas e psíquicas: anorexia e psicose. Ter filhos conforme uma lógica distributiva de pares pode ser considerado uma maneira que a paciente encontrou para disfarçar sua inabilidade de brincar com os filhos, uma vez que não consegue se situar em relação a cada um deles em particular. Sua própria mãe

adotiva também apresentava dificuldades de lidar com o próprio corpo e com o corpo da filha, pois a negação da sexualidade pode ter sido um arranjo utilizado para evitar a angústia relativa a história familiar marcada pela prostituição; teria sido este o motivo da negação de sua própria sexualidade e de suas concepções, defensivas talvez, de que o comportamento dos filhos seria regido exclusivamente pelo patrimônio genético, o que excluiria a possibilidade de transmissão da promiscuidade que marcou a família materna adotiva? A filha da paciente, no início da puberdade, recusa o acesso à feminilidade por meio da anorexia, das crises de nervos e das tentativas de suicídio, a fim de destruir o corpo erógeno inabitável que lhe foi transmitido por uma mãe que também rejeita seu próprio corpo, sua feminilidade e a dimensão erótica de sua existência (DEJOURS, 2019b).

5. IMPASSES E ACIDENTES DA SEDUÇÃO: A TÓPICA DA CLIVAGEM

A teoria de Christophe Dejours quanto às origens da proscrição do agir expressivo envolvidas na dinâmica entre adultos e crianças teve grande influência da teoria da sedução generalizada proposta por Jean Laplanche (DEJOURS, 2019e). Segundo ela, a partir dos cuidados do corpo dispensados à criança pelo adulto, há uma comunicação comprometida pelo sexual, pois o inconsciente adulto, envolvido pela sexualidade, é suscitado na relação com o corpo infantil — o adulto excita a criança a partir das mensagens mobilizadas por seu inconsciente: Laplanche (1989) denomina esse processo como implantação. Pela via da sedução, o adulto implanta o sexual no corpo infantil. Diante da excitação corporal causada pelas mensagens comprometidas emitidas pelo adulto, a criança terá que realizar um trabalho do pensamento para compreender a mensagem, isto é, traduzir o efeito da mensagem sobre seu corpo. A face violenta da implantação diz respeito à intromissão no inconsciente infantil de mensagens que resistem a qualquer possibilidade de tradução, pois nem mesmo o adulto responsável pela emissão da mensagem pôde ser capaz de traduzi-la para si: essas mensagens ficariam restritas em uma zona enclavada, isto é, uma região onde são segregadas as mensagens parentais das quais o Eu não conseguiu se apropriar. São mensagens à espera de tradução (LAPLANCHE 1989).

Diante da expressividade do corpo da criança que pode vir a provocar a intromissão de mensagens do inconsciente adulto, a reação deste envolve condutas

violentas dirigidas ao corpo infantil com o intuito provocar a paralisia do pensamento que lhe ameaça. Dejours (2019d) denomina esse fenômeno como acidentes da sedução. A proscrição do agir expressivo ou a intromissão de mensagens enigmáticas resultariam numa clivagem do inconsciente: para Dejours, a clivagem marcaria o que é passível de ter ou não representação psíquica em relação ao instintual; para Laplanche, a clivagem delimita a possibilidade ou não de tradução psíquica da mensagem recebida pelo inconsciente de um outro (DEJOURS, 1986/1989; 2001/2019; TARELHO, 2006).

A clivagem do inconsciente que originou a elaboração da terceira tópica do aparelho psíquico foi proposta por Christophe Dejours com base nas considerações metapsicológicas de Freud relativas à perversão, isto é, a noção de clivagem do Eu, na qual um indivíduo poderia operar psiquicamente em dois registros psíquicos de maneira alternada, uma à revelia uma da outra — uma poderia perceber a realidade da diferença anatômica dos sexos e, por conseguinte, conceber a possibilidade de castração; já a outra, impor uma recusa a essa percepção, rechaçando a castração (FREUD, 1927/2016; DEJOURS, 1986/1989; 2001/2019). A convocação do conceito de clivagem, fundamental na psicanálise, tornou-se necessária para oferecer maior compreensão em relação à clínica psicodinâmica de pacientes não-neuróticos: Melanie Klein o utilizou em função da psicose, Winnicott e Kernberg, do borderline, Kohut, das personalidades narcísicas, Winnicott, da psicopatia e, por fim, Dejours, que propõe a clivagem para compreender também a clínica da psicossomática (DEJOURS, 1986/1989; 2001/2019). Como é possível representar dois funcionamentos psíquicos diferentes que operam no interior da mesma tópica?

A hipótese da clivagem do inconsciente foi formulada com base em fenômenos observados na clínica, na qual o inconsciente sexual é reconhecido em função dos retornos de material recalcado e das representações de palavra, situados no pré-consciente. As passagens ao ato, as crises somáticas e as confusões mentais consistem em manifestações clínicas mais turbulentas que também resultariam da influência do inconsciente, mas, no plano tópico, não se situam como produtos da ação do sistema pré-consciente. Dejours (1986/1989; 2001/2019) considera que essas manifestações são provocadas em decorrência de uma parte específica do inconsciente. Este seria formado por duas áreas diferentes: uma seria formada pelo recalque originário, resultando no inconsciente sexual ou inconsciente recalcado; a outra, por sua vez, seria formada em função da violência exercida pelos pais contra o pensamento da criança, paralisando-o ou desviando-o. Sem produção de pensamento, não há o que recalcar.

“Essa área do inconsciente, formada sem passagem pelo pensamento da criança, é a réplica, no plano tópico, das zonas do corpo excluídas da subversão libidinal e do corpo erógeno” (DEJOURS, 2001/2019, p. 84).

O inconsciente amencial ou inconsciente proscrito apresenta limites que não compreendem a possibilidade de concepção de qualquer representação psíquica. Considerando a ausência de pensamento e de encadeamento de ideias, não existe a possibilidade de que retornos do recalcado possam se constituir nesse registro. A principal via de manifestação desse inconsciente será a desorganização do Eu ou o desligamento crítico do Supereu e o agir compulsivo. Essa questão será retomada e desenvolvida mais adiante. Na clínica estabelecida fora dos limites da neurose, haveria maior expressão de derivados desse inconsciente que se apresentam sob a forma da violência, da passagem ao ato e da somatização. No entanto, esses pacientes podem não sofrer descompensações em certos períodos da vida ou mesmo durante a maior parte dela. Deste modo, o inconsciente amencial é posto sob modo silencioso ou quase sem emitir ruídos. Pode-se considerar que em alguns períodos esses pacientes se mantêm compensados como os neuróticos? Para Dejours, em certa medida, sim, pois seus psiquismos podem operar por um funcionamento pré-consciente. No entanto, o inconsciente recalcado e o pré-consciente apresentam consistência muito limitada para lidar com a economia pulsional (DEJOURS, 1986/1989; 2001/2019).

Na ausência de sintomas psiquiátricos, alguns pacientes conseguem estabilizar sua economia psíquica em função de comportamentos e de um modo de pensamento articulados com a realidade. Esse pensamento não se constitui sob o primado do pré-consciente, pois não resulta de associações, nem de elaboração promovida pelo Eu. A barreira que estanca as irrupções do inconsciente amencial é erigida por meio do pensamento lógico e operacional, distanciado do inconsciente. Tal pensamento pode ser descrito como operatório⁸, nos caracteropatas,⁹ e, em sujeitos que apresentam outra

⁸ Descrito e conceituado por Marty e M’Uzan em 1962, o pensamento operatório é caracterizado como um tipo de pensamento consciente que não apresenta vínculo com qualquer atividade fantasmática; reproduz e ilustra a ação dentro de um campo temporal limitado. Para os autores, trata-se de um funcionamento psíquico desprovido de valor libidinal, despojado de atravessamento do inconsciente e de seus produtos defensivos. Posteriormente, os autores estenderam o conceito para vida operatória, uma vez que o pensamento é reduzido face à importância do comportamento: as poucas representações que parecem existir são pobres, repetitivas e contêm a marca do atual e do factual (MARTY & M’UZAN, 1962/1994; MARTY, 1993).

⁹ Caracteropata é um termo criado por Dejours que designa o paciente portador de estrutura psíquica mais vulnerável ao adoecimento somático. Pierre Marty foi o principal autor que destacou as características psíquicas estruturais desses pacientes, recorrendo ao quadro nosológico das neuroses de caráter e de comportamento. Dejours concebe o termo caracterose com o intuito de evitar equívocos teóricos, uma vez

estrutura, um pensamento caracterizado por impessoalidade e por um discurso racionalizado.

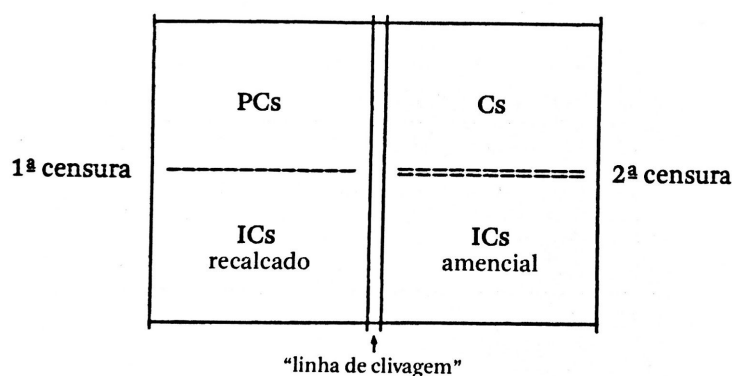
Nessa perspectiva, o sistema consciente seria composto pelo pensamento lógico constituído por palavras associadas e resultante de uma aprendizagem derivada do desenvolvimento cognitivo e não, como no sistema pré-consciente, das analogias constitutivas do desvio metonímico e metafórico da linguagem:

a clivagem seria o resultado da separação interna à tópica entre dois registros, dos quais um é dominado pelo processo secundário e o outro por um processo sociocognitivo que confere às associações um caráter estritamente impessoal, apartado do inconsciente (DEJOURS, 2001/2019, p. 86).

A partir dessas considerações, o autor propõe um modelo tópico que difere do modelo freudiano por um movimento de bascula:

Quanto mais a clivagem é deslocada para a esquerda, mais a normalidade toma um aspecto padronizado e conformista regido pelo sistema consciente, separando de modo eficazmente o inconsciente amencial e a realidade. Quanto mais a clivagem for deslocada para a direita, mais a parte visível do funcionamento psíquico é dominada pelo sistema pré-consciente e pelo processo secundário (Dejours, 2001/2019, p. 87).

FIGURA 1 — CLIVAGEM EM ESTADO DE EQUILÍBRIO



Fonte: DEJOURS (2001/2019, p. 86).

A clivagem está presente em todas as estruturas psíquicas. A particularidade que envolve estruturas não-neuróticas deriva da importância atribuída ao sistema consciente para estabelecer e garantir o equilíbrio da tópica. Assim, independentemente da estrutura psíquica, todos devem controlar o inconsciente amencial e, assim, assegurar a clivagem

que tal estrutura clínica designa pacientes que apresentam problemática que difere da neurose. O autor também considera não haver diferença estrutural fundamental entre neurose de caráter e neurose de comportamento, não tendo necessidade de manter duas denominações distintas (DEJOURS, 2001/2019).

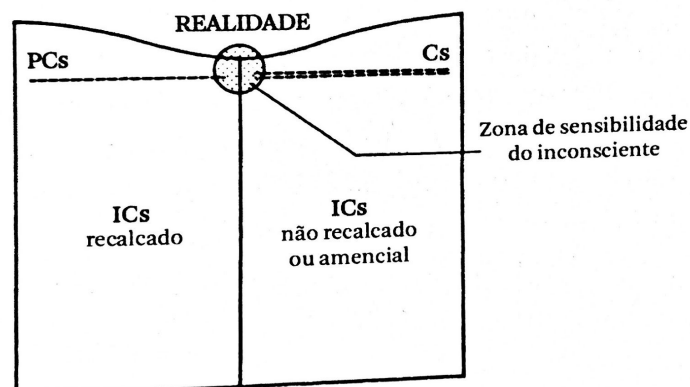
de uma parte de seu psiquismo, mantendo a estabilidade psicossomática. No caso da neurose, “a barra da clivagem é apoiada pela esquerda e pela direita, isto é, de um lado pela solidez dos sistemas inconsciente—pré-consciente e, de outro, pelo sistema consciente” (DEJOURS, 2001/2019, p. 88). Nos outros casos, portanto, o sujeito não-neurótico consegue afirmar a estabilidade por meio do sistema consciente, que o inconsciente amencial tende a romper, devido à ausência de circulação entre o consciente e o inconsciente amencial. Do lado oposto, os sistemas inconsciente—pré-consciente conferem uma sustentação precária às tensões do inconsciente amencial, quando comparados à neurose (DEJOURS 1986/1989; 2001/2019).

5.1 Incitação e reação amencial

Por meio da terceira tópica é possível apreender mais claramente a possibilidade de que ninguém está totalmente impossibilitado de apresentar somatizações ou delírios, ainda que certas estruturas consigam preservar melhor o sujeito de manifestar alguns tipos de descompensação. Ao considerar que inconsciente amencial está presente em todas as estruturas psíquicas, como ocorreria seu estímulo e sua expressão?

No esquema a seguir, Dejours (1986/1989; 2001/2019) representa uma zona particular de fragilidade da terceira tópica, situada no ponto de convergência dos quatro sistemas (Pré-consciente, inconsciente recalcado, inconsciente amencial e consciente) com a realidade. A realidade é compreendida pelo autor como o que proporciona um encontro entre o outro e o sujeito: “encontro que pode estimular o inconsciente em sentido amplo, isto é, o inconsciente recalcado e não recalcado” (DEJOURS, 2001/2019, p. 88-89). Nesse ponto, o que aparta o inconsciente da realidade é uma espessura bem menor de pré-consciente e de consciente: trata-se da zona de sensibilidade do inconsciente, descrita por Michel Fain em 1981. Nesta região, o inconsciente recebe estímulos diretos da realidade por meio da percepção. Para atingir o inconsciente, bem como para provocar uma reação deste, a realidade deve “transpor a espessura do pré-consciente à esquerda ou do consciente à direita, que desempenham ambos um papel protetor contra o excesso de excitação e o traumatismo” (DEJOURS, 2001/2019, p. 89).

FIGURA 2 — TERCEIRA TÓPICA PSÍQUICA



Fonte: DEJOURS (2001/2019, p. 89).

Haveria alguma interação entre o inconsciente amencial e o inconsciente recalcado?

A interrogação acerca da circulação que ocorre no interior dos sistemas deve considerar o conhecimento desenvolvido por Freud relativo ao destino dos investimentos entre o sistema pré-consciente e o sistema inconsciente por meio da censura, em função do recalque e dos retornos de material recalcado, isto é, atos falhos, lembranças encobridoras, sintomas psiconeuróticos (histéricos, fóbicos, obsessivos), fantasias e sonhos (DEJOURS, 2001/2019, p. 90).

5.2 O duplo movimento onírico

Segundo o autor, a clivagem promove uma separação no aparelho psíquico. O inconsciente sexual é composto também pelos retornos de recalcado que constituem o inconsciente dinâmico. Neste ponto, Dejours (1986/1989; 2001/2019) apreende que o sonho desempenha papel fundamental em sua dupla função: recalcadora, por um lado, e organizadora e criadora do inconsciente sexual, por outro. O sonho realiza os movimentos de retorno do recalcado e de recalque simultaneamente, pois fornece uma saída para um desejo inconsciente, mas também garante o recalque de outro material — os pensamentos latentes. Poder colocar os pensamentos em latência temporariamente equivale a manter em suspenso algumas ideias ou pensamentos, no período de vigília, sob a guarda provisória do sistema pré-consciente, à espera de outra finalidade: a integração ao sonho para formar o conteúdo latente. Deste modo, “o sonho faz com que pensamentos passem do estado latente ao estado inconsciente” (DEJOURS, 2001/2019,

p. 56). O recalque, por sua vez, desempenha função conservadora do aparelho psíquico, pois mantém dentro da tópica os pensamentos interditados pelo pré-consciente e os mantém disponíveis para retornar ao consciente. O recalque está a serviço da vida psíquica e do funcionamento mental.

Se o inconsciente amencial não pode produzir pensamentos, nem sequer conceber representações, então é preciso esclarecer como ele pode estar a serviço do funcionamento psíquico. A zona de sensibilidade do inconsciente diferencia-se da realidade a partir de um mecanismo único e inflexível, presente em todas as estruturas psíquicas, ao qual é denominado recusa (*Verleugnung*): a recusa visa afastar do aparelho psíquico a percepção afetiva da realidade. O dispositivo psíquico só reage diante da falha do mecanismo de recusa que pode suscitar respostas como, por exemplo, o delírio, a alucinação, a somatização e a passagem ao ato. A recusa e a reação afetiva solicitam a participação do pré-consciente, pois a percepção sugere a comparação com traços mnésicos preexistentes. Em algumas estruturas em que há um *déficit* na constituição do sistema pré-consciente, a percepção pode provocar uma perturbação reativa no inconsciente amencial tal que a descarga de excitação se dá de maneira imediata e obrigatória. A descarga excitatória se dirige por meio da musculatura estriada, estimulando a reação de movimentos automáticos ou de sequências comportamentais mais complexas e compulsivas. Por vezes, a excitação incita um comportamento que visa a extinção da percepção: o sujeito pode atacar na realidade o objeto fonte da excitação por meio da destruição (passagem ao ato) ou pode se esquivar dessa fonte através da fuga. Ao adotar esses mecanismos com o intuito de evitar a percepção de um afeto desagradável da realidade, o clivagem cede e o inconsciente amencial se manifesta. Aqui, não há efeito de organização mental, isto é, a recusa não leva a nenhum modo de capitalização mental (DEJOURS, 1986/1989; 2001/2019).

É possível que o sujeito possa suspender a descarga de excitação quando a efração da recusa e a realidade afetiva não atingem um nível elevado de resposta pulsional. Neste cenário, a percepção é retida e colocada à espera para ser dirigida a outro destino, uma vez que as associações suscitadas pela percepção da realidade sucedem-se em cadeias associativas características do sistema pré-consciente. Logo, haveria um risco de desviar os investimentos da percepção original para outras representações, culminando na produção de afeto. As associações de ideias podem ser colocadas em latência pelo pré-consciente com o intuito de evitar o afeto desagradável ao sujeito. O pensamento latente pode ser assimilado pelo trabalho do sonho, recalando-o no inconsciente

dinâmico e sexual. Deste modo, o inconsciente recalcado recebe material proveniente do inconsciente amencial por meio da transposição da recusa diante do encontro com a realidade:

Esse encontro confere à excitação um continente formal. De certa maneira, poder-se-ia dizer que a realidade fornece uma “interpretação” vinda de fora para um estado particular de excitação do corpo no momento da transposição da recusa pelo encontro com a realidade (DEJOURS, 2001/2019, p. 92).

Dejours (1986/1989; 2001/2019) considera que esse mecanismo em benefício do enriquecimento do inconsciente recalcado é capaz de libertar progressivamente o sujeito da tendência à descarga compulsiva. Esse processo é denominado perlaboração pelo sonho, pois é somente por meio do trabalho do sonho que o inconsciente amencial e o inconsciente sexual podem ter algum contato dentro da tópica: por meio do sonho, pode-se representar e interligar o afeto à representação de uma excitação que outrora fora proveniente do inconsciente amencial.

5.3 Passagem ao ato: a tópica da psicopatia

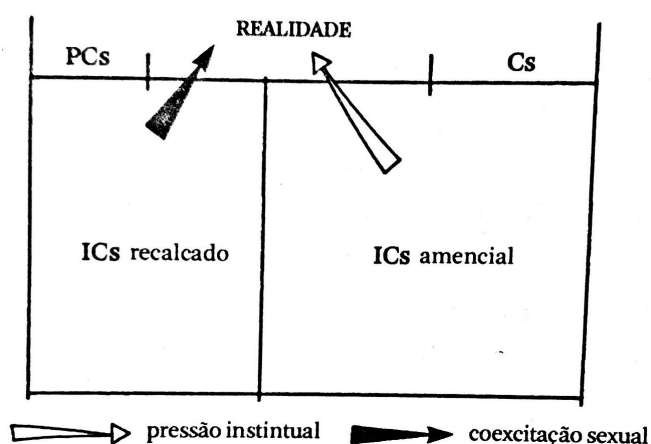
A zona de sensibilidade do inconsciente consiste numa região de fragilidade inerente à constituição do aparelho psíquico e, portanto, presente em qualquer sujeito em estado de equilíbrio psíquico, ainda que a clivagem esteja estavelmente mantida. Qualquer sujeito, independentemente de sua estrutura psíquica, pode enfrentar uma realidade afetiva tal que esteja acima de suas capacidades habituais, levando-o à descompensação psicopatológica. Em situações sentidas intuitivamente como perigosas, o sujeito tenta proteger a estabilidade de sua clivagem. Este é o caso de sujeitos que apresentam uma zona de sensibilidade do inconsciente muito extensa, tendo uma limitação muito grande da superfície que compreende o pré-consciente e um consciente.

Esses sujeitos são mais vulneráveis a sofrer transbordamentos de excitação proveniente do inconsciente amencial, causados devido à percepção da realidade afetiva envolvida em situações traumáticas. Com o intuito de livrarem-se da percepção ameaçadora de suas clivagens, esses sujeitos têm uma forte tendência a fazer passagem ao ato. Esta possui um caráter compulsivo brutal e irrefreável. Duas estratégias motoras podem ser utilizadas pelo sujeito com o intuito de dissipar a excitação: esquivar-se da situação por meio da fuga afetiva e não representada ou provocar, por meio da violência física, a destruição da fonte externa de excitação. No entanto, a passagem ao ato pode não ocorrer porque o sujeito, ao exercer um esforço extremo para lutar contra a descarga de

sua violência, consegue evitá-la. Então, ele reage por meio de uma inibição que pode o levar a um episódio de prostração. Neste momento, no qual não se dá passagem ao ato, nem passagem pela percepção que deve ser evitada, uma inibição generalizada se instala: inibição motora, característica do estado de estupor, e mental, determinada por inibição do pensamento e sensação de cabeça vazia que pode levar o sujeito à confusão mental (amentia). A epilepsia, por exemplo, pode ser considerada uma reação extrema a um ponto de encontro entre a passagem ao ato violento, a inibição e a somatização (DEJOURS, 1986/1989, 2001/2019).

Quando a realidade afetiva excede a barreira da recusa, a violência que se expressa por meio da raiva e da passagem ao ato pode oferecer ao inconsciente recalcado uma via de manifestação. Deste modo, a passagem ao ato adquire uma contribuição proveniente da sexualidade psíquica: a violência recebe uma conotação erótica, o que Dejours (1986/1989; 2001/2019) conceitua como coexcitação sexual.

FIGURA 3 — TÓPICA DA PASSAGEM AO ATO



Fonte: DEJOURS (2001/2019, p. 95).

5.4 Delírio e alucinações: a tópica da psicose

O psicótico possui um *déficit* na constituição de seu pré-consciente. Dejours (2001/2019) considera que a psicose pode ser caracterizada principalmente pela insuficiência ou pelo fracasso do recalque. A psicose paranóica, em estado compensado, tem como principal característica “o recurso apaixonado à racionalidade e à lógica do pensamento” (DEJOURS, 2001/2019, p. 98). O paranoico faz uso de maneira apaixonada do sistema consciente, caracterizado pelo pensamento lógico. Deste modo, o consciente forma uma barreira de contenção contra a manifestação do inconsciente amencial. Esse

tipo de investimento do processo lógico garante ao paranóico sua eficácia social e profissional.

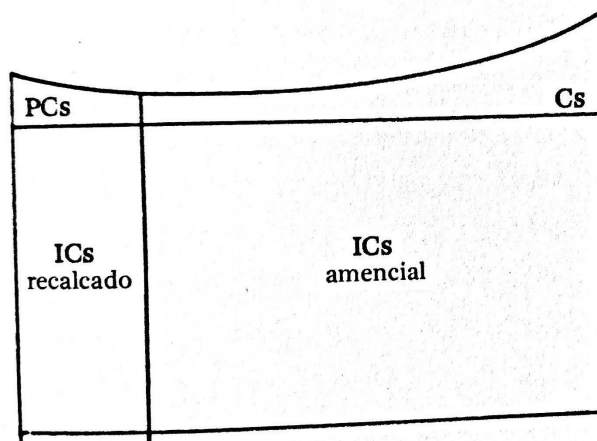
No entanto, o psicótico pode vivenciar uma realidade afetiva tal que o coloque em dificuldade para utilizar satisfatoriamente o mecanismo de recusa que protege a zona sensível de seu inconsciente, abalando a barreira de contenção do consciente. Sua clivagem é ameaçada, causando desequilíbrio psíquico. O psicótico trata a percepção que lhe põe em perigo por meio da rejeição (*Verwerfung*) dos pensamentos que são suscitados da percepção e das associações decorrentes a partir de representações pré-conscientes. Assim, a percepção interna é repelida para fora da tópica, para a realidade:

O pensamento rejeitado pelo sujeito retorna de fora (Freud-Lacan) sob a forma de ideia imposta, de influência, de parasitismo, de telepatia. Para lutar contra a destruição do seu aparelho psíquico, o sujeito tenta aplicar aos seus pensamentos, que ele acredita terem vindo do exterior, o tratamento lógico que submete tudo o que está ao seu redor. *De lógico, seu pensamento se torna paralógico*. Começa então o delírio interpretativo, em regra notavelmente bem amarrado e coerente (DEJOURS, 2001/2019, p. 100).

O paranóico crê em seus pensamentos com uma certeza que não lhe dá indícios que ponham em xeque a verdade de seu discurso, já que sempre confiou na lógica racional de seu pensamento. Dejours (1986/1989; 2001/2019) considera que o psicótico que possui uma estrutura bem organizada, frente a provas da realidade que atingem a zona de sensibilidade do inconsciente,

[...] realiza novamente a integração da percepção sob uma forma de interpretação delirante num sistema paralógico que se adapta e se transforma com talento a cada situação. O que caracteriza a chamada ‘boa organização mental’ de um psicótico é a capacidade de integração flexível e, às vezes, notável de astúcia e invenção intelectual” (DEJOURS, 2001/2019, p. 100-101).

FIGURA 4 — TÓPICA DA PARANOIA

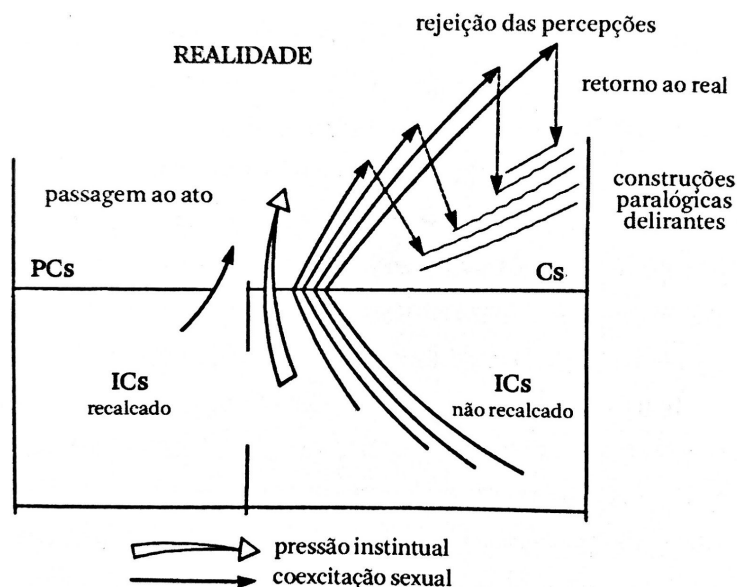


Fonte: DEJOURS (2001/2019, p. 99).

No entanto, a clivagem pode ceder através da insistência da realidade afetiva por meio de intervenções constantes de um parceiro do psicótico a quem ele dirige seu delírio. Então a percepção será atacada pelo psicótico antes que ela possa lhe suscitar associações de ideias. Aqui, não se trata mais da ideia que sofre o efeito da rejeição (*Verwerfung*) para fora da tópica, mas é a própria percepção que, comparada ao pensamento paralogico, corresponde a uma maior regressão tópica, isto é, da rejeição da ideia para a rejeição da percepção. Esta, por sua vez, retorna do exterior sob forma de alucinação: “alucinações verbais enquanto houver palavras, depois alucinações psíquicas, alucinações auditivas não-verbais, alucinações cenestésicas e, por fim, em estado muito mais agravado, alucinações gustativas, olfativas e visuais” (DEJOURS, 2001/2019, p. 101). É nessa altura da descompensação que encontramos o psicótico que sofre de esquizofrenia, caracterizada por núcleos de delírio persecutório, de interpretação delirante e de paralogismo paranoico (raciocínio falso). Nesses momentos, o psicótico pode tentar recorrer às passagens ao ato numa tentativa de “solucionar suas contradições com a realidade percebida” (DEJOURS, 2001/2019, p. 101). Em um momento mais avançado da descompensação, no qual não há mais demonstrações delirantes, o psicótico pode inibir-se de modo catatônico e sair desse estado esporadicamente por meio de explosões violentas de raiva que atestam que o inconsciente amencial e a violência ocupam lugar central em seu sofrimento e em sua descompensação. Se a ruptura da clivagem fragmentar completamente o sistema consciente, o psicótico sofre uma desordem caótica quase total das alucinações, as quais são compostas majoritariamente

por alucinações visuais e táteis. Assim, o psicótico perde-se na confusão mental (amentia) (DEJOURS, 2001/2019).

FIGURA 5 — TÓPICA DA DESCOMPENSAÇÃO PSICÓTICA



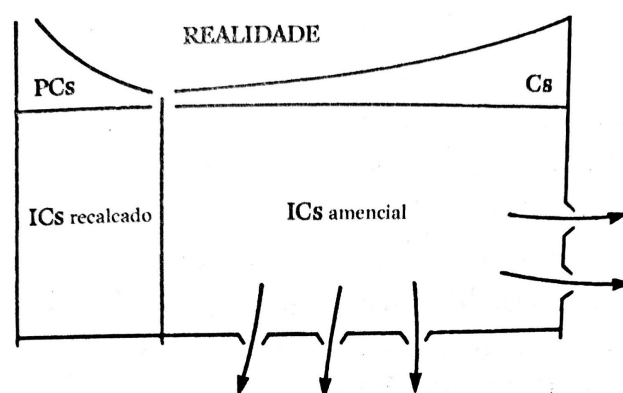
Fonte: DEJOURS (2001/2019, p. 102)

5.5 Somatização em aparente quietude: a tópica da caracterose

Assim como a psicose, a caracterose também é caracterizada pela pobreza de retornos de material recalcado e pela expressão do inconsciente amencial. Dejours (1986/1989; 2001/2019) reconhece que, em estado de compensação, a tópica da caracterose não difere muito da tópica da psicose: o sistema consciente também é encarregado, por meio do pensamento operatório, de formar uma barreira contra as pressões do inconsciente amencial. O recurso apaixonado do pensamento lógico e racionalizante também é identificado nesses pacientes. Quando o recurso do recalque pelo sonho for insuficiente para metabolizar a excitação, o caracteropata pode recorrer à passagem ao ato, à hiperatividade comportamental e ao sistema paralógico assim como sujeitos que apresentem outras estruturas psíquicas. Se essas vias não se revelarem suficientes, resta-lhe ainda um meio de lutar contra a emergência da violência amencial: a somatização (DEJOURS, 1986/1989; 2001/2019). Nas primeiras concepções teóricas acerca da origem da somatização, publicadas em 1986 e em 1989, Dejours concebeu que haveria um excesso de violência instintual inerente à constituição do inconsciente proscrito que ameaçaria se manifestar, o que causaria falhas na clivagem entre

inconsciente amencial e inconsciente sexual. Deste modo, o adoecimento do corpo fisiológico resultaria da repressão (*Unterdrückung*) da violência instintual, convertida, assim, em excitação somática.

FIGURA 6 — TÓPICA DA SOMATIZAÇÃO PROTETORA DA CLIVAGEM



Fonte: DEJOURS (2001/2019, p. 105)

A loucura na psicose surge quando o inconsciente amencial irrompe, fragmentando o pré-consciente e o consciente, devido à desestabilização da clivagem. O caracteropata, no entanto, quando somatiza, consegue manter a sobrevivência do pré-consciente e do consciente, sem explicitar ao exterior sua loucura em relação com a realidade: a violência pode não se manifestar de modo visível. Na psicose, a violência é explícita e perigosa, caso a defesa paralógica esteja em perigo, dado que uma passagem ao ato violenta pode colocar o outro ou o próprio paciente em perigo. Nos caracteropatas, a somatização pode não absorver a totalidade da pressão excitatória amencial, o que acarretaria a emergência de pensamentos delirantes ou alucinações e passagens ao ato, embora isso ocorra em menor frequência. No geral, a violência e a loucura são menos visíveis nos caracteropatas (DEJOURS, 2001/2019).

Do que resultaria a somatização relativa à excitação que lhe deu origem? O caracteropata visa à destruição da percepção que atinge a zona de sensibilidade de seu inconsciente. O sujeito busca reduzir o encontro com a realidade afetiva, que transpôs o mecanismo de recusa, operando por meio de um processo que visa mitigar a sensação por meio da destruição de seu próprio corpo.

A excitação é descarregada por vias automáticas determinadas pela lógica do organismo vivo. Na motricidade *automática* (e não na motricidade voluntária),

isso provoca tremores, hipertonia muscular, tetania ou mesmo convulsões tônico-clônicas. A excitação também é descarregada na motricidade *visceral* (músculos lisos) e no músculo cardíaco por intermédio da ativação do eixo hipotalâmico-visceral e do sistema nervoso autônomo. A excitação é descarregada, por fim, na ativação das funções *endocrinometabólicas* (DEJOURS, 2001/2019, p. 105-106).

Com o intuito de converter a percepção em excitação, é utilizado o mecanismo denominado repressão (*Unterdrückung*), distinto do recalque (*Verdrängung*). A repressão (*Unterdrückung*) tem o intuito de atingir a fonte instintual a fim de que a tensão seja descarregada no corpo visceral antes que a percepção fosse concebida e pudesse desencadear a violência amencial. Assim, diferentemente do que fora concebido teoricamente em 1986 pelo autor, o caracteropata não reprimiria a violência instintual inerente ao inconsciente proscrito, mas neutralizaria em si mesmo a sensação proveniente daquilo que o excitou, respeitando a realidade e a fonte da excitação (DEJOURS, 2001/2019).

5.6 Caminhos da violência: do instinto à proscrição

Nas primeiras formulações de Dejours acerca do papel da violência na falência da clivagem, em *O corpo entre a biologia e a psicanálise* (1986/1988) e *Repressão e subversão em psicossomática* (1989/1991), o autor considerava que a clivagem seria ameaçada a partir de uma experiência de verdade que irromperia através da recusa (*Verleugnung*). Alguns sujeitos poderiam conservar um pensamento pré-consciente, de um lado, enquanto, do outro, recorreriam ao pensamento operatório em situações críticas. Este tipo de pensamento se inscreveria como uma proteção contra a prova da realidade e contra o funcionamento associativo pré-consciente, do qual haveria risco de surgirem afetos que o paciente se recusaria a experimentar. Considerando a perspectiva da irrupção de uma somatização como o resultado de um processo denominado depressão essencial¹⁰, descrito por Pierre Marty e Michel de M'Uzan, Dejours considera que a depressão essencial corresponderia à generalização da inibição de todo o funcionamento mental, com o intuito de lutar contra a emergência da violência (DEJOURS, 1989/1991; MARTY 1996).

¹⁰ Descrita pelos teóricos da Escola de Psicossomática de Paris, a depressão essencial consiste numa forma de depressão caracterizada pelo rebaixamento do tônus vital. Comparável à morte, o sujeito perde a energia vital sem que haja compensações: trata-se de uma depressão sem objeto, sem acusações e sem culpabilidade consciente. Uma vez instaurada no aparelho psíquico, a depressão essencial pode colocar as excitações psíquicas em risco de seguirem um caminho destrutivo rumo à desorganização progressiva do soma, ou seja, culminando num processo de somatização (MARTY, 1996).

A hipótese da repressão da violência instintual como mecanismo central da somatização permitiria explicar como poderiam suceder somatizações não subsequentes da depressão essencial, além de considerar a somatização como um mecanismo de defesa adotado por qualquer sujeito, independente de suas defesas psíquicas habituais: a reação à ativação da violência instintual que todos trariam em si, causaria a desinibição pulsional ou alteração da clivagem (DEJOURS 1989/1991). Em virtude dessa concepção, a violência instintual apresentaria *status* tão significativo quanto ao atribuído ao desejo. Nos estudos acerca do corpo entre a biologia e a psicanálise, Dejours (1986/1988; 1989/1991) buscou situar ontogenética e topicamente as raízes dessa violência. Na perspectiva ontogenética, a violência decorreria das montagens comportamentais inatas (instintos), herdadas da filogênese. A animalidade se constituiria como fonte da violência e das moções destrutivas que, por sua vez, seriam inicialmente dirigidas ao exterior, isto é, “contra aquele que cujo encontro solicita em mim essa animalidade” (DEJOURS, 1989/1991, p. 50). Neste ponto, o autor considerava que as bases que constituíam o inconsciente amencial seriam herdadas da filogênese, caracterizadas principalmente por um excesso de violência e pela animalidade. Deste modo, o autor concebia que o inconsciente amencial, comparado ao inconsciente sexual, seria mais arcaico em sua constituição (DEJOURS, 1986/1989; 1989/1991).

Com o intuito de conjurar o conflito moral intrapsíquico, o sujeito capaz de se opor ao exercício da violência instintiva poderia converter essa animalidade em uma moção suicida ou numa moção automutiladora. Ao utilizar o mecanismo da repressão (*Unterdrückung*), o sujeito poderia preservar o outro, que perturba a zona de sensibilidade de seu inconsciente, e conseguiria poupar-se da atuação suicida. No entanto, ao neutralizar a excitação e a intencionalidade inconsciente, o sujeito se arriscaria a desencadear um processo de somatização, uma modalidade de destruição do próprio corpo. Eis um paradoxo: como seria possível a herança instintual se situar a serviço da destruição quando sua função primária, no reino animal, consistiria na autopreservação? A resposta, segundo as primeiras formulações da tópica da clivagem, era de que as montagens instintivas inatas (condutas alimentares, ataque ou fuga, reprodução), ao se atualizarem em estado bruto no sujeito, isto é, sob o primado do instinto, seriam capazes de desestabilizar o psiquismo. A atuação pelo instinto se daria quando a atividade do pensamento e a fala se tornassem impróprios para acompanhar a excitação ou para promover alguma representação psíquica:

A efetuação instintiva está no registro da atuação e da ordem biológica. A atuação assinala, portanto, ao menos momentaneamente, a crise e a falência do aparelho psíquico (aparelho de pensar). Implica uma experiência penosa de destruição do Eu ou de desorganização mental (DEJOURS, 1989/1991, p. 50)

Dejours (1989/1991) considerava que a luta contra a irrupção da violência instintual seria motivada pelo medo que o sujeito experimentaria, por ocasião da atuação, de ter uma vivência de impotência do Eu para criar e gerir compromissos entre as moções inconscientes e a realidade afetiva da intersubjetividade; de experimentar a sensação de despedaçamento do Eu; de viver uma crise psíquica cujo comportamento seria atualizado por meio da perda do autocontrole. Para o autor,

Não seriam tanto as consequências da atuação do outro, mas a vivência da compulsividade como *crise de identidade*, aquilo que o sujeito mais teme. Posteriormente à atuação, há uma dolorosa consciência da experiência da animalidade, da compulsividade, ou, para dizê-lo em termos mais precisos, do inconsciente não representado, do qual o Eu procura justamente proteger-se. Assim, a atuação traria apenas o benefício da descarga econômica (DEJOURS, 1989/1991, p. 51).

Os comportamentos inatos e a atualização da animalidade, suscitados por meio do encontro afetivo intersubjetivo, se inscreveriam no registro da destruição e não da preservação. O paradoxo, portanto, consistiria na acepção de que os instintos de preservação no homem constituiriam a base de seu poder de violência e de destruição. A compulsividade, o automatismo e a estereotipia fariam da herança filogenética uma fonte constante de adversidades psíquicas. Se haveria uma associação direta entre montagens comportamentais inatas e violência, então esta se exprimiria sob configuração compulsiva. A violência não qualificaria a animalidade, uma vez que esta poderia ser contida e controlada pela clivagem ou subvertida em favor da economia erótica, não se expressando necessariamente em sua forma primária. A violência estaria relacionada aos instintos de preservação quando estes se atualizariam sob atuação compulsiva: “violência e compulsividade, portanto, segundo esta concepção, seriam sinônimas” (DEJOURS, 1989/1991, p. 53).

Nas primeiras formulações da terceira tópica, que pode ser considerada uma tópica do corpo, a pulsão de vida e a pulsão de morte foram substituídas pelo corpo erógeno e pelo corpo biológico, respectivamente: as zonas corporais forcluídas da subversão libidinal, cujo caráter é sempre incompleto, permaneciam sob as leis do biológico-instintual, que exigiam descargas que podiam ser obtidas sem qualquer

intervenção do Eu. No entanto, as satisfações da descarga excitatória poderiam convocar alguma reação afetiva do Eu, o que culminaria na ruptura da clivagem e, posteriormente, na mobilização de defesas com o intuito de recompor a barreira que separa o inconsciente no interior da tópica. As manifestações patológicas causadas pela ruptura da clivagem causavam danos ao aparelho psíquico que se configuravam como as principais manifestações da pulsão de morte, uma vez que equivaleriam a alguma forma de desorganização da subjetividade (DEJOURS, 2001/2019). No entanto, algumas reformulações na teoria foram necessárias em função de questionamentos relativos às manifestações da violência comum e patológica:

O instintual encontra justamente limites estritos. Tão logo a satisfação é obtida, extingue-se o comportamento compulsivo. A violência humana, ao contrário, pode ser exercida, em muitos casos, sem necessidade (por exemplo, sem a necessidade de defesa ou de responder a uma agressão), podendo prolongar-se sem nenhum limite (DEJOURS, 2001/2019, p. 151).

Dejours (2001/2019), em consonância com a teoria desenvolvida por Jean Laplanche, questiona a genealogia da violência, retirando sua associação ao instintual e, posteriormente, interligando-a à sexualidade. O desenfreamento da violência que leva ao aumento da excitação decorre do sexual e do erótico. A violência dirigida ao corpo alheio mediante atos que provocam sofrimento, privação, constrangimento etc, são eróticos a quem experimenta o prazer de praticá-los, o que corresponderia a uma pulsão sexual de morte. Esses efeitos da violência são inerentes ao infantil (núcleo e origem do sexual).

De onde viria esse poder de violência? No que se refere à violência individual, tal poder desmedido é extraído da sexualidade, mais precisamente do que provém da fantasia, qualificada como ilimitada. Existem modalidades de ataques da subjetividade que não são associadas ao sexual, isto é, modos de destrutividade caracterizados por uma espoliação de si mesmo: “um modo incoercível de ausentar-se de si mesmo, uma inaptidão abrupta e radical para acolher a vida em si mesmo, um movimento irresistível de afastamento de si mesmo, de dessubjetivação, desencarnação, desafeção” (DEJOURS, 2001/2019, p. 152). Essa violência decorre de um tipo de rebaixamento do que Laplanche designa de “interesses do Eu”, que delega ao corpo sua própria destruição, sem que persistam reações de autoproteção, “num contexto de *indiferença afetiva*” (DEJOURS, 2001/2019, p. 151). Dejours, sob influência da teoria de Jean Laplanche, relaciona a pulsão de morte às vicissitudes da formação do corpo erótico: o que será parte da pulsão de morte decorre do que escapou à subversão libidinal, sem ter encontrado

algum representante psíquico. Trata-se de uma pulsão de morte não-sexual que se instalaria à margem da pulsão sexual de morte, uma vez que a pulsão sexual de morte é, acima de tudo, sexual. Nesta concepção, a morte apareceria sob forma “do excesso, do desvario, da incoercibilidade do pulsional quando este se desenvolve sem considerar o esgotamento ou a extenuação que inflige ao outro” (DEJOURS, 2001/2019, p. 153).

De onde decorreria a pulsão de morte não-sexual? Dejours recorre mais uma vez aos estudos empreendidos por Jean Laplanche: no registro do não-sexual, dominado pelo instinto, mais precisamente nos aspectos biológicos inerentes ao comportamento de apego¹¹. Como o não-sexual poderia se situar na organização psíquica? A terceira tópica pode nos oferecer uma resposta a essa pergunta. Dejours (2001/2019) propõe algumas hipóteses sobre o modo como o não-sexual se inscreve no corpo — nos lugares onde são marcadas as zonas silenciadas sob efeito da violência dos adultos. As consequências dessa perturbação consistem na amputação do corpo erógeno na área corporal cuja subversão libidinal foi insuficiente e na impossibilidade do trabalho do pensamento se constituir diante da excitação dessa zona corporal solicitada na relação com o outro.

Nas relações com os adultos, a criança pode perceber intuitivamente quando a dimensão expressiva de seu corpo e sua imaginação erótica convocam ou talvez se aproximam de um terreno perigoso e desconcertante situado na zona da sensibilidade do inconsciente do outro. Diante da ameaça de vivenciar uma experiência intensamente desagradável, a criança pode se tornar aliada e terapeuta do adulto ao interromper o jogo erótico, cessando a fonte de excitação incômoda a ele; a sensação corporal e psíquica que a criança outrora provocou no adulto é acalmada. Desta forma, a criança estabeleceria com o adulto uma aliança no que concerne ao material que poderia provocar uma reação amencial nele: para proteger-se da violência, a criança passa a recusar o mesmo material recusado pelo adulto. Esse mecanismo foi descrito por Michel Fain e Denise Braunschweig, em 1975, sob a denominação “identificação com a mãe na comunidade da recusa”. Frente ao que não pode ser pensado pelo adulto, à criança resta recusar o mesmo material impensável. Outra estratégia que a criança pode dispor consiste em se antecipar e provocar a violência do adulto, oferecendo seu corpo para que ele possa descarregar logo sua própria excitação amencial como, por exemplo, numa surra. Após a crise, o

¹¹ O apego é uma montagem comportamental inata que leva a criança em direção ao corpo do adulto, mediante registro estrito da autoconservação, apresentando a função fisiológica de estabilizar e reforçar as aproximações entre a criança e o adulto, necessários para ativar neste os comportamentos de cuidados (higiênicos-dietéticos) com o corpo daquela, cujo fundamento John Bowlby descreve sob o conceito de “*retrieval*” (DEJOURS, 2001/2019; 2019e).

adulto torna-se mais sereno e a comunicação pode ser restabelecida. O preço para que a criança alivie o adulto, neste caso, é a desorganização que o excesso de excitação traumática pode causar em seu próprio corpo (DEJOURS, 2001/2019).

Considerando que a sexualidade do adulto exerce o domínio sobre o jogo das relações com a criança, podem ser estabelecidos dois métodos distintos de implantação da sexualidade adulta no corpo infantil: o primeiro ocorre através de uma sedução estruturante intermediada pelo endereçamento de uma mensagem que compromete ou deturpa a comunicação; o segundo, por sua vez, decorre da proscrição causada pela suspensão imposta ao pensamento infantil (DEJOURS, 2001/2019; LAPLANCHE, 1988). O inconsciente proscrito contém as marcas de uma violência infligida sobre determinadas funções do corpo biológico que se tornaram zonas desprovidas de qualquer potencialidade erógena, colocadas sob o primado da pulsão de morte não-sexual. As zonas excluídas da subversão libidinal são incapazes de participar do agir expressivo (como vimos no item 1.1) quando solicitadas na relação intersubjetiva.

O instinto de autoconservação apresenta face bivalente, pois, de um lado, veicula a morte quando provoca uma reação compulsiva e, de outro, por meio da subversão libidinal, conduz a um princípio vital, cedendo parte de sua energia à pulsão de vida, que não contém própria fonte energética. Pela via da subversão libidinal, o instinto é parcialmente convertido em pulsão, recebendo um representante psíquico: “A vida afetiva e erótica do homem se constituiria por uma luta contra a atualização da autoconservação, desviando em benefício próprio a energia que extrai das forças instintuais” (DEJOURS, 2001/2019, p. 121-122).

É possível que o instinto de conservação, quando não suficientemente subvertido, não dê margem a manifestações psíquicas muito evidentes. Como é possível que a violência inerente à proscrição possa ser mantida em estado imperturbável? Muitos sujeitos que não apresentam estrutura neurótica conseguem se desvencilhar da atuação compulsiva e da somatização. Não subvertida, a violência pode ser estancada devido à clivagem: “dentro dessa concepção, portanto, a clivagem rivalizaria com a subversão libidinal no esforço do Eu para preservar sua ‘normalidade’ no vínculo social” (DEJOURS, 1989/1991, p. 52).

5.7 Estabilização da clivagem: possibilidades de outros arranjos defensivos

Dejours fez observações clínicas (2001/2019, 2019c) que indicam a possibilidade de pacientes que sofrem de doenças crônicas desecandarem crises de modo voluntário

para descarregar a excitação proveniente da violência: o exercício sensório-motor excessivo e frenético em cadências elevadas pode interromper o funcionamento pré-consciente, desencadeando a somatização com o intuito de evitar a passagem ao ato ou, por vezes, o delírio. É importante considerar que a via da somatização, uma vez aberta, passa a ser utilizada mais facilmente como um escape para a excitação, enquanto a sintomatologia psiconeurótica tende ao desaparecimento.

A elaboração da terceira tópica busca apreender também que, na medida em que há clivagem e que a zona de sensibilidade do inconsciente está protegida pela recusa, qualquer estrutura pode reagir à realidade afetiva por meio de uma somatização, de uma passagem ao ato, de um delírio ou de uma alucinação, antagonizando com a ideia de Pierre Marty (1996) de que somente as neuroses de caráter e de comportamento predisporiam à somatização, enquanto neuróticos e psicóticos, bem mentalizados¹², estariam protegidos dela:

Na prática, não é tão raro quanto se diz observar psicoses, mesmo bem organizadas, que sofrem somatizações em algum momento. Aliás, nesses casos, elas acalmam um pouco o delírio. Os neuróticos, por mais bem mentalizados que sejam, também possuem uma zona de fragilidade, tornando possível a somatização. [...] Os psicopatas podem, às vezes, delirar e também somatizar. Por fim, existem caracteroses que podem tanto delirar quanto somatizar (retocolites ulcerativas hemorrágicas, poliartrite reumatoide, asma, psoríase etc), e até mesmo alternar delírio e somatização. A passagem ao ato é possível, evidentemente, em qualquer estrutura (DEJOURS, 2001/2019, p. 109).

Portanto, segundo o autor, todas as manifestações patológicas não-neuróticas resultariam da estimulação do inconsciente amencial e da violência que o caracteriza por meio de um encontro com a realidade afetiva que atravessaria a recusa que recobre a zona de sensibilidade do inconsciente (DEJOURS, 2001/2019).

É importante destacar a existência de outra estratégia defensiva que visa à estabilização da clivagem diante da possibilidade de transposição da recusa. Trata-se da utilização de psicotrópicos — ansiolíticos, antidepressivos, neurolépticos ou outras drogas como, por exemplo, álcool e cocaína — que podem atenuar as pressões exercidas pelo inconsciente amencial. Essas drogas apresentam a propriedade de ação sobre as

¹² A teoria elaborada por Pierre Marty considera que adoecimentos psíquicos como a psicose e a psicose, por exemplo, se dão em função de sintomas advindos da riqueza de representações mentais, isto é, da alta capacidade de mentalização. Consequentemente, esses pacientes estariam mais protegidos de desenvolverem somatizações, uma vez que a via psíquica conseguiria assimilar o impacto das tensões e traumatismos, evitando uma desorganização progressiva da pulsão em direção ao soma (MARTY, 1993).

reações compulsivas aos estímulos da zona de sensibilidade do inconsciente amencial. Deste modo, diminuem a tensão presente no interior da tópica entre o inconsciente recalcado e o inconsciente amencial, protegendo a clivagem e garantindo a estabilidade psicossomática. Da mesma forma como os outros recursos psíquicos, quando a clivagem é estabelecida em função do recurso à droga, é criado um precedente que atrai a repetição da via outrora utilizada para a manutenção do funcionamento mental (DEJOURS, 2001/2019).

6. O ESPAÇO ONDE SE CONSTITUI A PRIMAZIA DA SATISFAÇÃO PELA PERCEPÇÃO

Vimos que a sexualidade psíquica da criança se constrói mediante um diálogo com a sexualidade dos casal parental. Pode-se considerar que a sexualidade psíquica se origina a partir do reconhecimento de uma perda que se revela sob um sentimento de uma nostalgia da relação mítica entre mãe e bebê. A elaboração do sofrimento que decorre dessa perda dará espaço para o surgimento da sexualidade psíquica em função das reações, na fantasia dos pais, a esse sofrimento infantil e à decepção que a criança lhes apresenta. A mãe e o pai responderão ao sofrimento de seu filho, uma vez que a criança pode se queixar de não estar plenamente satisfeita na relação com sua mãe, em retorno esta pode sofrer ao reconhecer a insatisfação e a dor de seu filho. É aqui que o pai pode inscrever sua posição na cena psíquica infantil, lugar que depende do papel que a mãe lhe atribui na situação que ela vivencia. A decepção diante do sofrimento da criança pode levar a mãe a se voltar para o pai, seu companheiro, em busca de ajuda, de acolhimento. Assim, a mãe busca não apenas o pai da criança, mas também seu parceiro sexual. Ao perceber esse movimento materno na cena familiar, a criança poderá reconhecer que a mãe não se limita a exercer somente o papel de mãe, mas também de mulher: uma mãe que não se ocupa somente de seu filho, mas que também se dedica ao seu marido. Essa dinâmica foi denominada por Michel Fain e Denise Braunschweig, em 1975, como censura da amante. Deste modo, em seu sofrimento, a criança poderá atribuir sua insatisfação à existência de um terceiro que também demanda parte da atenção de sua mãe (DEJOURS, 1986/1988; GUTFREIND, 2018).

A dinâmica da censura da amante abre espaço para que a criança possa perceber que ela não é a única responsável pelas alterações do estado mental de sua mãe. Essa importante aquisição psíquica é necessária e fundamental para que a criança possa

vivenciar a triangulação das relações. A insatisfação materna poderá se alternar entre a criança e o pai, sem se fixar em um ou em outro. A saída desse conflito depende da elaboração psíquica materna diante da perda do objeto que outrora lhe deu a sensação de completude. A implicação e a reação paterna na aflição materna podem ser cruciais, uma vez que a entrada do pai na relação mãe-bebê (ou sua marginalização nessa etapa da vida infantil) é considerada como determinante do futuro mental da criança. É importante destacar que essa situação triangular talvez não se materialize somente no nascimento da criança, podendo se estabelecer muito antes de sua concepção, isto é, “na própria natureza do encontro entre os parceiros sexuais” (DEJOURS, 1986/1988, p. 102). A mulher pode considerar o homem somente como um genitor que ela rejeitará em seguida ou, ao contrário, pode considerá-lo somente como um parceiro sexual, mas não como um pai potencial de um filho a ser engendrado. Ao desconsiderar o homem como pai, a mãe recusa à criança a possibilidade de elaboração de uma fantasia que a una a seu pai. A este, por sua vez, a mãe não reconhece um elo que possa ligá-lo à criança, ou seja, sua função de pai. Portanto, a escolha da mãe de conceder ou não ao seu parceiro sexual um lugar paterno, ao lado de seu lugar de amante, é fundamental em vista do futuro psíquico da criança que virá a nascer (DEJOURS, 1988/1989).

A satisfação alucinatória exige a presença de um parceiro sexual da mãe, uma vez que pressupõe que a satisfação objetual oferecida pela função materna possa permitir idas e vindas da mãe que configurarão um equilíbrio estabelecido entre percepção e experiência de satisfação, de um lado, e perda da percepção e alucinação, de outro. Deste modo, há a aparição, a ausência e a reaparição do objeto a ser percebido pela criança em função da aptidão materna para avaliar as frustrações de seu filho, sem deixá-lo vivenciar um estado de desamparo (*Hilflosigkeit*), nem mantê-lo na saturação perceptiva, que, por sua vez, impede a frustração e a alucinação satisfatória do desejo. Para que a criança possa se beneficiar do recurso da satisfação alucinatória, é preciso assentar o lugar da função paterna, pois o pai contribui para a regulação do ritmo dos desinvestimentos do filho pela mãe, colocando em jogo a relação sexual do casal parental, que se constitui como a possibilidade que a criança tem de dormir e sonhar. A falha na censura da amante, isto é, a falta desse jogo a três, pode instaurar na criança um processo proposto por Dejours (1989/1991) como satisfação pela percepção, em detrimento da satisfação alucinatória caracterizada como uma produção mental que tem a função de proteger a tópica psíquica da experiência de frustração: “Assim, eu proporia a hipótese de que o reino da satisfação pela percepção se instaura pelo desacerto das relações eróticas entre

os pais” (DEJOURS, 1989/1991, p. 76).

Nessas famílias em que não é possível haver três lugares diferentes uns dos outros, o romance familiar é difícil de ser construído:

A sexualidade em causa aqui, na verdade, é uma sexualidade a dois, e não a três, ou, para formulá-lo de outra maneira, são relações sexuais entre dois seres que não fazem figurar nelas nenhum *desejo* de um terceiro, ou seja, nenhum desejo de ter um filho. Daí a dificuldade desse filho, posteriormente, em pensar em suas origens, já que não foi filho de um desejo (DEJOURS, 1989/1991, p.79).

A satisfação pela percepção é um recurso psíquico utilizado por sujeitos que tendem a fazer maior uso do sistema percepção-consciência para controlar e manter a clivagem do inconsciente: em sua maioria, caracteropatas e psicóticos. Na relação com os pais, a criança que se estruturará pela via da caracterose opta por recorrer a percepções tranquilizadoras, pois geralmente identifica-se o uso frequente da violência na dinâmica familiar, isto é, a tentativa de destruição do pensar infantil, por meio do ataque físico contra a criança ou contra outros membros da família. Nos casos de psicose, o que é visado pelos pais é a *manipulação* do pensamento infantil, causando na criança o receio de que um outro se imponha a ela: uma síndrome de influência, na qual o pensamento de que a criança é sede não lhe pertence originalmente.

Os pais do psicótico não procuram tanto destruir o pensamento do filho, mas controlar o sentido desse pensamento, para excluir dele qualquer equívoco, qualquer duplo sentido, ou seja, condenar a simbolização (DEJOURS, 1989/1991, p. 77).

A atividade fantasística, a partir da reação parental, passa a ser vivida pela criança como um perigo a seus pais — e para ela mesma. O apoio da pulsão sobre o corpo fisiológico torna-se instável e, conseqüentemente, o corpo erótico apresentará falhas em sua constituição uma vez que não terá ocorrido suficientemente a subversão de determinada função; ou então, mais gravemente, a mãe renunciará a sua própria sexualidade: seu corpo não poderá oferecer muitos representantes psíquicos à criança pois não será concebido como lugar onde possam existir trocas eróticas. Diante da falta de um contra-investimento fantasístico, a criança se utiliza das percepções que são tranquilizadoras para a mãe. Deste modo, as percepções e o sistema percepção-consciência, não eróticos por definição, serão progressivamente super investidos, protegendo a mãe e o filho da irrupção da angústia e da violência. No lugar onde o corpo erótico foi forcluído, se situa um corpo animal sob primazia do fisiológico,

no qual passa a vigorar o primado da percepção-consciência, caracterizado também pela impossibilidade de capitalização e pela não memorização da vivência experienciada (DEJOURS, 1989/1991).

6.1 A ameaça da criança pensante: diálogos perceptivos

A identificação com a criança pensante torna-se impossível para o casal parental, pois o pensamento infantil os coloca diante de suas próprias dificuldades. Neste contexto,

os desejos da criança não são os únicos a ser visados. Seu sofrimento também o é. Talvez seja nesse ponto que se situa o elemento de maior gravidade. A criança em estado de frustração é infalivelmente vivida como portadora de uma acusação de violência exercida pelos pais (DEJOURS, 1989/1991, p. 79, grifos do autor).

Nessas circunstâncias, não há muito espaço para o jogo da satisfação alucinatória do desejo porque as interpretações maternas acerca do estado psíquico da criança desencadeiam medo nela. A mãe responde a isso por meio de sevícias corporais ou, ao contrário, passa a interpretar a *frustração* como se fosse uma *privação* na ordem da necessidade:

A mãe empanturra o filho. Outra manobra classicamente encontrada entre as mães é que elas embalam. Na impossibilidade de suportar o choro do filho, ou mesmo seu simples silêncio, elas o embalam, embalam demais. Seja para alimentá-lo ou niná-lo, elas o empanturram de calmantes no registro das percepções. Instauram, assim, o primado da satisfação pela percepção, em lugar da frustração e da atividade mental própria da criança. Pois bem, verifica-se que essas mães excessivamente tranquilizadoras são sempre brutais, por trás de seus excessos de precaução. E essa brutalidade sempre se alterna com o empanzinamento de percepções tranquilizadoras, quer se trate de alimentar, embalar ou dar medicamentos (DEJOURS, 1989/1991, p. 79-80).

Quando essas estratégias se revelam ineficazes, surgem então a raiva e a brutalidade por parte dos cuidadores. A criança é agredida ou colocada em um lugar onde não possa ser ouvida. As atividades fantasísticas infantis e as posições de sofrimento, tão necessárias ao desenvolvimento psíquico, são concebidas pela função materna como uma acusação de sua incapacidade, sua ineficácia e sua violência. Quando a criança sobrevive a essa situação psiquicamente, é constituído, assim, o que Dejours concebe como um diálogo perceptivo entre a mãe e o filho: para se proteger da perturbação, da impaciência e das manifestações de raiva da mãe, a criança superinveste as percepções tranquilizadoras que lhes são oferecidas por ela (DEJOURS, 1989/1991).

6.2 Manifestações clínicas do sistema percepção-consciência

Segundo Dejours (1989/1991), a prevalência do percebido sobre o representado na organização do funcionamento psíquico de alguns pacientes pode ser reconhecida clinicamente por meio de dois registros: o do discurso e o do comportamento. No registro do discurso, toda a atividade mental do paciente parece comprometer-se com a descrição compulsiva da realidade percebida, o que dificulta, do lado do analista, a atenção flutuante. O paciente tende a passar de uma percepção a outra, sem deriva pré-consciente, sem o encaminhamento caótico que caracteriza as associações de pensamento. O analista, por sua vez, sente dificuldade de lembrar-se da sessão e de utilizar seu próprio pensamento para descrever o que lhe foi dito: só consegue repetir literalmente a fala do paciente. A ausência de deriva associativa provoca ausência da atividade de pensar do analista. No nível do comportamento, o paciente apresenta um ativismo desenfreado, obedecendo ao princípio da descarga sensório-motora da excitação: “seria apenas o quantitativo puro, sem expressão qualitativa” (DEJOURS, 1989/1991, p. 65).

Por que esses pacientes necessitam paralisar a atenção flutuante do analista, garantindo sua imobilidade mental? É preciso assegurar de nem eles e nem o analista poderão convocar pensamentos referentes às relações sexuais. Na psicose, o paciente pode tentar paralisar o pensamento do analista em seu estado de compensação psíquica, uma vez que o delírio interpretativo ainda se constitui como um ato de pensar, mesmo que apresente regras divergentes da deriva associativa pré-consciente. O controle sobre o pensamento do analista é dirigido contra o que pode vir a emergir da sexualidade dos pais: “o que o paciente busca é controlar aquilo que possa retornar, pela transferência, da história sexual de seus pais, pois não pode pensá-la e, ao mesmo tempo, continuar a existir” (DEJOURS, 1989/1991, p. 79). A violência, projetada por esses pacientes quando a transferência é estabelecida, que visa à morte psíquica do analista, decorre da violência infanticida apresentada pelo casal parental: “E esses pacientes, no final das contas, ao somatizarem e destruírem seu corpo, continuam a consumir a terrível intenção dos pais a seu respeito” (DEJOURS 1989/1991, p. 81). No entanto, como seria possível o sujeito impedir, por meio do domínio sobre sua própria mente e sobre a do outro, a irrupção de determinados pensamentos que ameaçam sua existência e, ao mesmo tempo, desencadear em si mesmo uma somatização impregnada da intencionalidade infanticida de seus pais? Essa dificuldade teórica não é esclarecida pelo autor.

Esses pacientes apresentam a tendência de buscar, a partir da realidade vivida,

situações, acontecimentos, imagens, encontros e sensações que lhes forneçam uma percepção adequada que confira tranquilidade para seu estado corporal: “Essas percepções vindas do exterior funcionam como interpretações tranquilizadoras vindas de fora. Haveria aí como que uma tentativa de fazer o real colaborar com o imaginário, prescindindo do simbólico” (DEJOURS, 1989/1991, p. 66). Além da busca por percepções tranquilizadoras na realidade exterior, o paciente procura escapar de algumas percepções que podem ter um caráter traumático. O sobreinvestimento do sistema percepção-consciência apresenta a particularidade de não memorizar. Assim, instaura-se a necessidade de recomeçar experiências, com o propósito de atualizar as percepções, levando à prevalência do atual, do ativismo compulsivo e da repetição (DEJOURS, 1989/1991).

O caso clínico descrito a seguir será apresentado com o intuito de ilustrar o funcionamento psíquico de uma paciente cuja estrutura psíquica pode ser concebida principalmente pela caracterose mas que, diante da recusa de percepções intoleráveis, faz uso de defesas psicóticas. Apesar de não revelar uma estrutura psicótica, a paciente apresenta uma problemática importante relativa à história singular de suas origens e ao desejo materno.

6.3 Relato clínico: caso Phillipa¹³

Phillipa, em análise havia três anos, deitou-se sobre o divã e, após um bom momento de silêncio, perguntou ao analista se ele havia colocado um quadro novo em sua sala. Frente ao silêncio, a paciente repete sua pergunta e aponta qual imagem a que se referia: o quadro que representava cavalos de corrida.

A paciente se encolerizou diante do silêncio do analista e se recusou a obstinadamente a prosseguir a sessão enquanto não obtivesse uma resposta. Phillipa colocou em dúvida o prosseguimento de sua análise “nessas condições”. Na sessão seguinte, Phillipa, cujo significado do nome evocava gostar de cavalos, admitiu ter descoberto, na sessão anterior, que vários objetos do *setting* terapêutico a lembravam a presença de cavalos. Então, a paciente questiona se alguém naquela casa gostava de cavalos.

¹³ Caso clínico extraído dos capítulos “A economia da percepção e os processos de somatização” e “Somatização e delírio: a questão do sentido”, da obra *Repressão e Subversão em psicossomática: pesquisas psicanalíticas sobre o corpo*, de Christophe Dejours, publicada em 1991. Esses capítulos apresentam informações diferentes e complementares sobre o caso clínico. Deste modo, para este trabalho, foi feita uma reconstrução do relato clínico.

A paciente percebeu alguns objetos que estavam presentes na sala do analista – um quadro de Renoir que lhe remeteu às mulheres gordas que posavam para o pintor, a barriga gorda de uma estátua – mas não ofereceu outras associações passíveis de análise. As sessões de Phillipa denotavam uma análise extremamente difícil, periodicamente ameaçada de rompimentos sem explicações ou motivos claros. Suas sessões eram caracterizadas por longos períodos de silêncio, interrompidos unicamente por relatos entediantes que descreviam o cotidiano de sua situação profissional, sem apresentar conflitos e nem autorizar alguma construção ou interpretação por parte do analista.

A paciente, por vezes, chorava a ponto de não poder falar e, ao analista, só conseguia indicar que não pensava em nada quando estava deitada no divã. Frequentemente, Phillipa se queixava de dores de cabeça durante as sessões e, às vezes, adormecia sobre o divã. Em determinado momento, a paciente respondeu à pergunta do analista sobre o que estava sentindo: “É como se eu estivesse debaixo de uma redoma de vidro. Falo e ninguém consegue me ouvir” (DEJOURS, 1989/1991, p. 61).

Alguns meses depois, Phillipa relatou que havia ficado enfurecida com a filha que, voltando de férias, havia engordado muito e não exprimia preocupação alguma com seu sobrepeso. Aquela ausência de vaidade da filha a incomodava muito. Neste ponto, o analista começou a identificar algumas convergências associativas: a barriga gorda da estátua, as mulheres gordas de Renoir, a filha gorda...

Em um retorno de férias dos Estados Unidos, a paciente relatou o único sonho que tivera ao longo de toda sua análise. Antes de contá-lo, a Phillipa discorreu brevemente sobre a confusão de línguas que tivera no país estrangeiro: estava com dificuldades para falar e até lhe aconteceu ler errado. No cinema, havia uma saída indicada por uma placa onde estava escrito “*exit*”, e ela lera “*existe*”. No sonho,

Ela estava com seu companheiro e um casal amigo num lugar bizarro. Era um cenário de guerra. Havia um bebezinho que estava mais ou menos abandonado. Agarrou-se a ela. Ela teve que rastejar por um desfiladeiro estreito, uma espécie de passagem apertada. O bebê se agarrou a seu pescoço e a foi sufocando pouco a pouco. Ela ficou muito angustiada, mas o amigo de sua amiga ficou totalmente indiferente. Acordou (DEJOURS, 1989/1991, p. 61-62).

É importante destacar que, algumas semanas antes do relato do sonho, o analista havia tido uma filha. As sessões analíticas ocorriam em um cômodo do apartamento em que vivia com sua família, onde era possível perceber a presença de um bebê. No entanto, a paciente nada falou a respeito disso.

Nas férias de verão subsequentes, Phillipa fora vítima de uma somatização muito grave caracterizada por uma dor brutal em todo o abdômen. Um médico acabou por diagnosticá-la com uma gravidez extra-uterina e a encaminhou a um cirurgião. Phillipa achara o diagnóstico plausível, mas, no entanto, a paciente não mantinha relações sexuais há meses. A paciente fora operada quando já estava perdendo os sentidos devido a uma grave hemorragia interna. Ao despertar, informaram-na que seu adoecimento se tratou de uma ruptura hemorrágica de um cisto ovariano.

Por razões não explicitadas pelo autor, o analista compreendeu que a somatização da paciente se tratava de uma maneira particular de expressar a morte de um filho ainda no útero. As referências à gravidez de sua mãe tornaram-se claras: tratava-se de sua própria gestação no ventre da mãe e das tentativas de aborto cometidas por esta. Phillipa nascera efetivamente durante uma guerra, como no sonho, e a questão colocada em análise era, de fato, “*exit*” ou “*existe*”, ou seja, morte ou saída? Foi desta maneira que se esboçou uma história de sua origem, na qual se inscreviam seu nome e uma paternidade simbólica que lhe faltava.

Phillipa mudara seu nome quando era pré-adolescente, pois não gostava do nome que sua mãe lhe havia dado. Um dia, a paciente resolveu interrogar a mãe, com quem não mantinha contato há mais de 25 anos, sobre suas origens. A única informação que a paciente obteve foi que o nome que sua mãe lhe dera era o mesmo nome de uma prostituta que seu pai costumava se relacionar. Mas o pai nunca soube que a mulher sabia, nem o porquê da esposa ter dado aquele prenome para a filha.

Meses após a grave somatização, Phillipa anunciou ao analista que agora tudo lhe corria bem, decidindo encerrar o trabalho analítico. Imediatamente antes do término da sessão, a paciente comunicou ao analista outra grande decisão que havia tomado: iria se submeter a uma cirurgia plástica com o intuito de corrigir seu nariz que, no entanto, não tinha nenhum defeito. O analista tentou fazer com que a paciente elaborasse os motivos de se submeter a essa operação cirúrgica, mas seu discurso mostrou-se confuso, o que fez com que o analista considerasse a possibilidade de uma dismorfofobia inscrita em uma vivência delirante do corpo. O analista, exasperado, tomou longamente a palavra, dizendo-lhe que:

agora sabíamos que existia uma relação complicada com a mãe dela, repleta de segredos e de violência, que eu não punha em dúvida de que ela houvesse sofrido muito com essa relação, mas que estava não menos convencido de que ela também reagira com uma grande dureza, confrontando a mãe com a lei do

silêncio. E que essa vingança ela havia infligido igualmente a mim ali; que, no caso, a vingança estava continuando e que, dessa vez, ela chegara até a redobrá-la, optando por ir ao extremo do rompimento. Isso era totalmente legítimo, mas eu insistia no fato de que não estava entendendo nada daquela história de nariz, porque ela estava realmente se resguardando de me colocar uma pista qualquer. Aliás, ela procedera assim comigo muitas vezes durante essa análise, e já frequentemente me dera dicas soltas desse tipo, para que eu me perdesse em pistas sem saída, onde finalmente viesse a quebrar a cara¹⁴ (DEJOURS, 1989, p. 67-68).

A paciente respondeu que havia acabado de perceber o motivo de odiar seu próprio nariz: quando olhava-se no espelho, via o nariz de sua própria mãe. Após esse episódio, a paciente faltou a várias sessões, sem aviso prévio. Após duas semanas, Phillipa retornou para a análise, comunicando que havia sido operada.

No entanto, não havia diferença alguma no formato do nariz da paciente: a intervenção cirúrgica fora tão discreta que nem mesmo seus amigos haviam notado. Tudo havia corrido bem, a paciente estava radiante e satisfeita com o resultado. Ao analista, ocorreu-lhe pensar que a paciente havia falado de seu “nariz novo”, denotando uma expressão de duplo sentido¹⁵. Dejours chegou à possível hipótese: uma vez analisada a vivência psicótica dismorfofóbica, a cirurgia tratou-se de fazer surgir na realidade perceptiva um nariz novo, não por uma mutilação, mas por um recém-nascimento.

No caso clínico apresentado por Christophe Dejours (1989/1991), podem ser observados alguns elementos que ilustram a complexidade dos fenômenos psíquicos da paciente, que é capaz de somatizar ou de delirar diante do fracasso da recusa de percepções sensíveis ao inconsciente amencial. Phillipa, cuja história familiar é marcada pelo segredo e pela tentativa de aborto, resulta de uma relação marcada pelo não-desejo. A mudança de seu nome é um indício importante de uma tentativa de fazer um acerto de contas com os pais no tocante ao desejo de ter um filho e de nomear esse desejo. A paciente teve uma grave obstrução de seu acesso à elaboração de sua própria origem por meio da criação de um romance familiar. A percepção de bebês no ambiente era algo capaz de fragilizar a clivagem do aparelho psíquico de Phillipa. No entanto, o mecanismo de recusa mostrou-se eficiente durante determinado tempo ao fazer com que a paciente não conseguisse assimilar a percepção da presença de um bebê na casa do analista.

¹⁴ Em francês, a expressão “quebrar a cara”, se diz “*se casser le nez*” (quebrar o nariz).

¹⁵ Homofonia entre *nouveau nez* (novo nariz) e *nouveau-né* (recém-nascido).

Após alguns meses, o mecanismo de recusa falhou e a paciente teve que mitigar a percepção que atingia sua zona de sensibilidade do inconsciente em excitação, reprimindo-a e atacando em seu próprio corpo a sensação que aquela percepção lhe causava. Ao mesmo tempo, parte dessa percepção pôde ser concebida e colocada em latência, pois Phillipa conseguiu acessar aspectos de seu inconsciente amencial pela via do sonho: o bebê, abandonado em um cenário de guerra e que a sufocava, se tratava dela mesma. Talvez esse tenha sido o acesso encontrado pela paciente para poder começar a elaborar sua questão: “*exit*” ou “*existe*”. Por meio da perlaboração pelo sonho, Phillipa pôde, pela primeira vez, pensar em alguns elementos que caracterizavam seu próprio nascimento. É importante destacar que não há informações acerca da relação da paciente com sua própria filha, além do aborrecimento em relação ao sobrepeso da menina. Considerando a dificuldade enfrentada pela paciente no que concerne à sua origem e à sua relação com sua própria mãe, podemos supor que existiram questões importantes relativas à constituição do corpo erótico de sua filha, bem como a transmissão de uma história sobre as origens. No entanto, não há informações suficientes que nos permitam delimitá-las. Ainda na dimensão do corpo, a recusa da cadeia associativa que a imagem de seu próprio nariz lhe evocava pode ser compreendida como uma recusa da percepção de uma semelhança corporal à sua mãe e também uma recusa da percepção de que esse nariz evocaria, por associação psíquica, à ideia de nascimento. Disso resultaria o delírio.

Considerando outras possibilidades de combater percepções afetivas que ameaçam a zona de sensibilidade do inconsciente amencial, podemos considerar a epilepsia como um ponto de encontro entre a somatização visceral e a somatização cerebral, em decorrência do local de onde decolaria a descompensação psicossomática, o cérebro, seus efeitos sobre a musculatura lisa e estriada.

6.4 Reação aguda generalizada na epilepsia

A somatização que caracteriza o quadro de epilepsia visa à destruição não de uma ideia, mas de uma percepção, isto é, a retomada consciente de uma sensação provocada pelo encontro com determinada situação externa. O encontro perceptivo, que apresenta papel importante no desencadeamento da crise epiléptica, é caracterizado por uma descarga motora que promove o apagamento de uma percepção (amnésia), levando a uma crise em resposta à estimulação do potencial de violência não representado. A epilepsia não foi descrita enquanto estrutura específica — não se pode opô-la, como no caso das doenças crônicas somáticas, à neurose ou à psicose, uma vez que pode estar presente em

pacientes que apresentem outras estruturas. A crise generalizada epiléptica é considerada um modo reacional peculiar, embora ocasional, caracterizado por “uma *reação aguda*, uma somatização brutal que culmina na descarga motora e no apagamento do traço mnésico. A reação epiléptica não é uma construção como sintoma. É antes uma desconstrução e uma desintricção” (DEJOURS, 2001/2019, p. 67).

A crise é desencadeada pelo encontro súbito com uma realidade perceptível que não pode ser concebida pelo pré-consciente. A percepção, no caso, atinge a zona de sensibilidade do inconsciente amencial. Essa zona é diretamente ativada pelo encontro com a realidade afetiva que violou a barreira da recusa. Essa situação não diz respeito somente à epilepsia, mas domina todas as crises somáticas. O que caracteriza a epilepsia “é o apagamento do traço mnésico da percepção e a descarga da excitação traumática na musculatura estriada e não nas vísceras (pelo menos, na crise dita de grande mal ou tônico-clônica generalizada)” (DEJOURS, 2001/2019, p. 67). Deste modo, o autor considera que haveria uma associação entre percepção e motricidade que protege o corpo visceral. A epilepsia é situada um pouco à parte das outras somatizações, pois consiste em uma crise que não apresenta consequência neurológica duradoura. Diferente das outras modalidades relativas ao mecanismo de recusa, na epilepsia haveria, primariamente, uma percepção que, em um segundo tempo, seria apagada, o que torna o material percebido mais passível de ser acessado pelo sujeito do que as percepções recusadas nas outras somatizações. Essa particularidade da epilepsia pode levá-la a ser identificada como “um progresso no curso de uma doença somática, na medida em que ela testemunha um afrouxamento da recusa e uma aproximação da percepção até então recusada” (DEJOURS, 2001/2019, p. 68). Isso poderia até permitir posteriormente a possibilidade de uma simbolização, já que implica um apagamento de uma percepção e não a sua destruição. A psicoterapia poderia dirigir a epilepsia em proveito da simbolização. Essa crise reacional também pode intervir na economia da psicose:

Ao apagar a percepção, a crise evita a forclusão psicótica e seu retorno sob forma alucinatória. A epilepsia se apresenta, assim, como luta contra a vivência psicótica. Nesse aspecto, a epilepsia é uma confluência fundamental entre diferentes modalidades de defesa contra percepções intoleráveis para o Eu (DEJOURS, 2001/2019, p. 69).

7. SOMATIZAÇÕES CEREBRAIS

Doenças classificadas como mentais (esquizofrenia, paranoia, transtorno afetivo

bipolar) ou neurológicas (epilepsia, demências, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, coreia de Huntington) ainda estão, em certa medida, segregadas do campo da psicossomática. As dificuldades provêm da modificação que essas doenças promovem no funcionamento psíquico, o que dificulta a investigação psicossomática; também provêm do instrumental teórico que ainda não permite integrar completamente essas doenças ao corpo. A perspectiva teórica de Christophe Dejours, elaborada na segunda metade de 1980, propõe que doenças mentais seriam, ao mesmo tempo, doenças do corpo, o que também é coerente com resultados de pesquisas empreendidas no campo das neurociências. A particularidade, comparada às outras doenças estudadas no campo da psicossomática, é que essas doenças atingem o cérebro: o desapoio da pulsão na função afetada ocasiona somatizações situadas no sistema nervoso central (DEJOURS, 1989/1991).

A partir de uma série de pesquisas, realizadas principalmente no campo da psiquiatria e da neurologia, que atestam desordens neurobiológicas relativas à esquizofrenia, Dejours (2019a) dá um passo a mais em direção à concepção monista entre funcionamento fisiológico e funcionamento psíquico. Para compreender como o autor pôde conceber a simultaneidade somática e psíquica dessa descompensação, será desenvolvida uma breve revisão das principais descobertas biológicas associadas à esquizofrenia.

7.1 Aspectos biológicos esquizofrenia

O desenvolvimento cerebral — proliferação neuronal e glial, migração celular, diferenciação morfológica e bioquímica, bem como formação de sinapses — compreende a relação entre complexas interações intracelulares e ambiente celular. Esse processo é programado por meio da carga genética individual, mas pode ser modulado por fatores ambientais. Determinada variação genética ou fator ambiental pode desencadear uma série de eventos que, ocorrendo em uma fase sensível, pode estabelecer uma alteração no desenvolvimento do cérebro, constituindo estrutura mais vulnerável à emergência e à manutenção de eventos psicóticos e/ou outros sintomas que caracterizam a esquizofrenia (ARARIPE NETO, BRESSAN & BUSATTO FILHO, 2007).

Estudos realizados a partir de meados de 1980 sugerem que eventos ocorridos durante a vida intra-uterina ou logo após o nascimento podem ter grande relevância na etiologia de alguns casos de esquizofrenia: má nutrição do feto, envolvendo especialmente redução no suprimento de oxigênio, iodo, glicose e ferro; isquemia;

nascimento prematuro extremo (antes de 33 semanas gestacionais); exposição pré-natal a infecções por patógenos como influenza, rubéola, *Toxoplasma gondii* e herpes simples (AGUIAR et al., 2010; SILVA, 2006).

Embora existam várias teorias neuroquímicas envolvidas na gênese da esquizofrenia, a teoria referente à hiperfunção dopaminérgica central é atualmente a mais bem investigada e aceita. Entretanto, outros sistemas de neurotransmissores centrais, como o sistema glutamatérgico, por exemplo, desempenham algum papel, sendo provável a atividade de vários sistemas simultaneamente (ARARIPE NETO, BRESSAN & BUSATTO FILHO, 2007; SILVA, 2006). A teoria dopaminérgica da esquizofrenia foi elaborada a partir da constatação de que a anfetamina, droga psicoestimulante, quando administrada em altas e repetidas doses, desencadeia uma psicose tóxica com características semelhantes às da esquizofrenia paranóide em situações de surto: ideias delirantes do tipo persecutório, alucinações auditivas e grande agitação psicomotora. Essa droga atua nos terminais dopaminérgicos, aumentando a liberação de dopamina e impedindo sua inativação na fenda sináptica. Portanto, é possível que os sintomas positivos da esquizofrenia ocorram em função do excesso de atividade dopaminérgica. Após a administração de neurolépticos que bloqueiam os receptores dopaminérgicos, sobretudo os do tipo 2, distribuídos nos gânglios da base e nas áreas mesolímbicas, os sintomas positivos da doença cessam rapidamente (SILVA, 2006). No entanto, a teoria dopaminérgica não explica o motivo dos sintomas positivos da esquizofrenia ocorrerem frequentemente entre a adolescência e o início da vida adulta; como sucedem as alterações estruturais cerebrais e os prejuízos cognitivos, e o porquê de os antipsicóticos apresentarem baixa eficácia sobre os sintomas negativos (ARARIPE NETO, BRESSAN & BUSATTO FILHO, 2007).

A anatomia funcional e estrutural da esquizofrenia vem sendo descrita há décadas. Identificaram-se anormalidades cerebrais em alguns pacientes, incluindo diminuições globais de volume/peso e reduções localizadas em regiões temporais e frontais. Estudos de ressonância magnética têm replicado os achados de dilatação ventricular, alargamento de sulcos corticais e diminuições volumétricas de substância cinzenta. Alguns estudos indicaram anormalidades de citoarquitetura nessas áreas, incluindo alterações no número, tamanho e distribuição dos neurônios em camadas (BUSATTO FILHO, 2000). Tal redução volumétrica parece estar relacionada à diminuição do volume neuronal e das ramificações dendríticas e axonais, o que indica a alteração sináptica como principal elemento na patologia da esquizofrenia (ARARIPE

NETO, BRESSAN & BUSATTO FILHO, 2007). Estudos de neuroimagem comprovaram a diminuição da atividade metabólica no córtex pré-frontal, mais frequente em pacientes com sintomas negativos intensos. Já os sintomas positivos têm sido relacionados à hiperatividade em circuitos que envolvem áreas temporolímbicas, córtex pré-frontal e gânglios da base (BUSATTO FILHO, 2000).

Os achados de redução volumétrica cerebrais foram identificados não apenas em amostras de pacientes com esquizofrenia crônica, mas também em amostras de pacientes em primeiro episódio psicótico, o que demonstra a presença de alterações estruturais logo no início da doença. A precocidade dessas alterações mobiliza a hipótese de que os sintomas da esquizofrenia teriam, como base fisiopatológica, processos cerebrais iniciados em fases do neurodesenvolvimento. Entretanto, outros estudos sugerem que essas alterações cerebrais como, por exemplo, a dilatação de ventrículos e redução da substância cinzenta, podem progredir, o que indica a manifestação de processos neurodegenerativos ao longo do curso da esquizofrenia (ARARIPE NETO, BRESSAN & BUSATTO FILHO, 2007; BUSATTO FILHO, 2000).

De acordo com Araripe Neto, Bressan e Busatto Filho (2007), os processos relativos ao neurodesenvolvimento e à neurodegeneração associados à esquizofrenia seriam complementares: as predisposições genéticas determinariam maior predisposição a fatores ambientais precoces que causariam alterações neurofisiológicas como, por exemplo, alterações na arborização neuronal, resposta dopaminérgica exacerbada e diminuição do volume de estruturas cerebrais. Essas alterações oriundas do desenvolvimento cerebral vulnerabilizariam os indivíduos a fatores ambientais tardios implicados no contexto do primeiro episódio psicótico. A evolução da esquizofrenia, frente ao advento de novos episódios de descompensação psicótica, determinaria a progressão das alterações neurodegenerativas.

7.1.1 Vulnerabilidade psicótica

A interpretação psicossomática da esquizofrenia, elaborada por Dejours (2019a), foi edificada a partir das descobertas referentes às desordens neurológicas, neuroquímicas e neurofisiológicas associadas a essa doença. Considerando a escolha da função fisiológica vulnerável à somatização na esquizofrenia, Dejours (1989/1991; 2019a) recorre aos estudos empreendidos na área da psicologia cognitiva e da linguística: Wallon e Piaget concluíram que as competências cognitivas, tais como memória, abstração, formalização e processos de aprendizagem são intrínsecos a um determinismo

e a uma genética própria, sendo mediados pelo ambiente psicoafetivo para apreender seu desenvolvimento. A linguagem também é reconhecida como uma competência biológica inscrita pelo código genético, tal como demonstrou Chomsky, embora a interação com o ambiente seja imprescindível para desencadear seu desenvolvimento. Portanto, “a competência linguística, bem como as competências cognitivas e intelectuais, são *funções biológicas*, do mesmo modo que as funções locomotora ou imunológica, as funções respiratória ou reprodutora” (DEJOURS, 2019a, p. 63, grifos do autor).

Uma vez que funções intelectuais e linguísticas são pré-estabelecidas por “programas” genéticos e demandam conformidades específicas às solicitações ambientais para sucederem, pode-se considerar que tais funções estão também implicadas nos desafios da subversão libidinal (DEJOURS, 1989/1991; 2019a). Quando essa subversão ocorre satisfatoriamente na relação erótica entre criança e casal parental, os mecanismos biológicos da atividade intelectual e linguística experimentam uma derivação pulsional que culmina no desvio parcial do pensamento formal para a pensamento pré-consciente: a libidinização do pensamento ocorre por meio da curiosidade, do desejo de saber, da epistemofilia e da imaginação erótica (fantasias, devaneios, teorias sexuais infantis, atos falhos etc). A erotização do pensamento é caracterizada pela deriva associativa capaz de se desprender da lógica dos raciocínios e do pensamento aprendido: “O funcionamento de um pré-consciente, com suas características singulares, testemunha a subversão diabolizante, pelo sujeito, das competências cognitivas geneticamente codificadas” (DEJOURS, 2019a, p. 63-64).

Em certas configurações das relações entre o casal parental e o filho em torno dos cuidados do corpo, o adulto reage às fantasias da criança com manobras que consistem em distorcer o pensamento infantil. No caso particular da formação de um terreno psicótico, a mensagem do adulto endereçada à criança não é somente comprometida e ambígua, pois ele intervém diretamente sobre o pensamento da criança:

[...] desqualifica e submete as traduções da criança a distorções tão profundas que esta acaba encontrando dificuldades para refletir. Os transtornos do pensamento passam então a dominar o quadro toda vez que as fantasias da criança se aproximam das zonas perigosas do inconsciente sexual parental. As traduções não são mais apenas fantasiosas, como no caso geral, são também apagadas com a chegada de transtornos confusionais e mnésicos ou transtornos do curso do pensamento (DEJOURS, 2001/2019, p. 157).

O ataque do adulto não visa à interrupção ou suspensão do pensamento infantil, como no caso da vulnerabilidade somática visceral, mas à deformação da estrutura do pensamento conforme as vias que ele tenta lhe impor. Quando a dominação do pensamento do adulto sobre o pensamento infantil se instaura, a criança vivencia períodos de prostração e de perplexidade por se ver diante da impossibilidade de discernir pensamentos emergentes de sua própria criação de pensamentos intrusos instalados pelo adulto: a criança é inundada por sentimentos de influência e de estranheza (DEJOURS, 2001/2019).

As desordens ocorridas de forma duradoura nas zonas corporais proscritas do corpo erótico se manifestam sob problemas relacionados à mobilização do agir expressivo, cujas características são perceptíveis na clínica já na fase de investigação diagnóstica: maneirismo, rigidez muscular, tremores etc. As funções cognitivas e linguísticas seriam especificamente visadas no desenvolvimento sexual do portador de transtorno psicótico, excluídas do corpo erótico e permanecendo como pontos de fragilidade somáticos. A somatização, nestes casos, ocorreria no sistema nervoso central, mais especificamente nas redes neuronais (DEJOURS, 2001/2019). Considerando a dimensão neurológica, neurocognitiva, neuroquímica e fisiopatológica da esquizofrenia, Dejours (2001/2019; 2019a) despoja essa afecção de seu *status* exclusivo de doença mental e a situa também no corpo. Eis a hipótese da somatização cerebral na esquizofrenia.

Dejours (2019a) conclui que em toda crise psicopatológica haveria uma somatização, variando somente a função afetada pela afecção orgânica, e isso de acordo com as especificidades do manejo do pensamento infantil pelo casal parental ao longo da constituição do corpo erótico.

Todo estado psicopatológico deveria, então, ser considerado em seu duplo aspecto: das desordens em seu funcionamento psíquico e em sua atividade de pensar, de um lado; das desordens em seu funcionamento fisiológico, até mesmo em sua organização anatômica, de outro (DEJOURS, 2019a, p. 67).

A seguir, será descrito e analisado um caso clínico que ilustra a complexidade da psicodinâmica envolvida em um caso de psicose, no qual, além de apresentar dupla reatividade diante da ameaça de sua clivagem, isto é, sintomas psicóticos e asma brônquica, a paciente conseguiu desenvolver um estratagema para convocar ora a sintomatologia psicótica, ora a somatização. A dupla reatividade descrita neste caso clínico (delírio e somatização) poderia ser considerada como mais um argumento a favor

da concepção da esquizofrenia enquanto somatização cerebral, devido à semelhança da psicodinâmica envolvida na psicose e na caracterose, como vimos, ausência do desejo de um terceiro na figuração familiar, satisfação pela percepção, violência sobre o corpo e sobre o pensamento, recurso do pensamento lógico aprendido ou operatório capaz de fornecer maior espessura ao sistema consciente que, por sua vez, desempenha um importante papel na contenção das pressões amenciais.

7.2 Relato clínico: caso Macha¹⁶

Macha acreditava que sua subjetividade estaria dividida ao meio, sendo que cada parte, sediada por asma e psicose, desfrutava da doença da outra. Às vezes, Macha adquiria a evidência absoluta de que seu corpo era habitado por um outro, como um país dominado por um exército de ocupação. Esse outro era sua mãe.

Macha, 25 anos, apesar de detestar psicanálise e psicanalistas, procurou tratamento psicanalítico porque desejava ter outro filho. Recentemente, dera à luz a um filho morto. O parto fora tão difícil e doloroso que, por um momento, desejara a morte da criança. Macha tinha medo dos seus desejos, pois sabia que seu pensamento era capaz de matar. No entanto, a paciente insinuava seguramente que, se seu filho não pôde sobreviver, a culpa seria de sua mãe que lhe rogou uma praga determinando sua morte. Ainda com a mesma convicção, afirmava que ela própria asfixiou seu bebê durante o parto. Macha era gravemente asmática desde os onze anos. Alguns médicos acreditavam que os corticoides, dos quais a paciente dependia há vários anos, foram os responsáveis pela morte do bebê. Outros acreditavam que a criança, nitidamente hipertrófica, tinha sido asfixiada pela insuficiência respiratória da mãe.

Macha apresentava um delírio de influência cujo principal perseguidor era sua mãe. Entretanto, outros perseguidores revelaram-se no decorrer de sua vida e no transcorrer de sua análise. A paciente acreditava que a mãe almejava a sua destruição. Para isso, praticava magia, enviava ondas e vibrações, e teria instalado no cérebro da filha um dispositivo infernal que a impedia de pensar e de ser ela mesma, que distorcía sua atividade intelectual e seu julgamento, impelindo-a às mais desastrosas e piores escolhas. Macha acreditava que a mãe introduziu-se nela quando criança: tal figura se expressava e dominava seu interior sempre que Macha conquistava certa autonomia.

¹⁶ Caso clínico extraído do capítulo “O corpo erógeno entre delírio e somatização”, da obra *Psicossomática e teoria do corpo*, de Christophe Dejours, publicada em 2019. Traduzido por Paulo Sérgio de Souza Jr. do original, “Le corps érogène entre délire et somatisation”. *Psychiatries*, (80-81), 13-20, 1987.

Ainda que separadas pelo Oceano Atlântico, a mãe era capaz de sentir o que se passava com a filha. Por meio de cartas ou telefonemas, a mãe lhe descrevia de maneira trágica sua própria situação, seu sofrimento, sua miséria material, sua solidão, e intimava a filha a intervir a seu favor, a ir para perto dela. Se Macha recusasse suas súplicas, a mãe sugeria sua própria morte, sendo a filha responsável por seu trágico destino. Essas intervenções eram irresistíveis para Macha. Apesar de ser tomada pelo sentimento de ódio, a paciente atendia à intimação materna. Na sequência, ou tinha um ataque asmático ou uma crise delirante aguda e transitória.

Ao longo das sessões, foi possível localizar as origens infantis do seu delírio de influência. De fato, sua mãe praticava magia: trancava-se por dias inteiros em determinado cômodo da casa, onde queimava produtos e degolava animais em seus rituais. Macha ficava aterrorizada e passava horas, sem sucesso, clamando pela mãe. Apesar de morar do outro lado da rua durante muitos anos, o pai era-lhe inacessível. Ele era um funcionário público do alto escalão, muito mais velho do que a mãe. Seus pais nunca foram casados. A mãe praticava magia para recuperar esse homem, para fazer com que ele morresse, dentre outros propósitos.

Ainda na infância, com o intuito de trazer a mãe para perto de si, Macha desenvolveu a habilidade de convocar as crises de asma. Diante do terror de se ver sozinha por dias, de sentir-se separada do corpo da mãe, enquanto esta ficava trancada em outro cômodo, ocupando-se dos rituais mágicos, Macha pensava que a mãe sumia por sentir-se furiosa com ela. Diante do abandono em meio a seus próprios pensamentos delirantes, Macha, por sua vez, trancava-se em um outro cômodo por vários dias. Lá, fazia jejum completo e ajoelhava-se para rezar durante horas. Ao recitar suas orações, Macha o fazia da maneira mais rápida possível, sem abandonar a cadência. Dentre alguns dias, ocorria a crise de asma: por meio da saturação de seu aparelho psíquico (fome, sede, dores no corpo, recitações em cadências infernais) a filha ofertava sua doença à mãe, de modo a lhe oferecer algo com o que se acalmar. Assim, a mãe interrompia os rituais mágicos e corria para perto de Macha.

Macha também desenvolveu a habilidade de convocar o pensamento delirante com o intuito de esconjurar as crises asmáticas: trancava-se em casa, lia livros esotéricos ou se punha a pintar representações de sua angústia. Ao afundar-se voluntariamente em suas atividades esotéricas, a paciente era capaz de criar a angústia, a dúvida e as alucinações. O delírio surgia e a crise asmática cessava.

A mãe de Macha não gostava de seu próprio corpo e recusava, desde a concepção

da filha, toda e qualquer relação sexual. Também não gostava do corpo da filha, não gostava de crianças, não desejara o nascimento de Macha e não queria que a filha fosse mãe. Como essa mulher lidava com o corpo da filha? Quando Macha era criança, a mãe lhe dava banhos e, às vezes, entrava na banheira com ela. Nesses casos, ao sair do banho, a mãe enrolava uma toalha molhada e batia contra o corpo da filha com a maior brutalidade. Macha sentia-se aterrorizada. Para acalmar o medo da filha, a mãe permitia que Macha dormisse junto dela. Essas foram as condições que a paciente teve que se resignar para que seu corpo fosse suportado por sua mãe.

Ao final de seis anos de psicoterapia, Macha finalmente deu à luz a um outro bebê. Assim, pôde continuar a viver e talvez esse acontecimento tenha sido a principal causa da melhora de seu estado: uma vitória sobre a mãe, mesmo que o acesso à sexualidade num corpo erótico lhe tenha sido obstruído.

O caso Macha, descrito e analisado por Christophe Dejours (2019c), é intrigante porque a paciente exerce controle sobre sua clivagem com o intuito de convocar o delírio ou a asma. Apesar das dificuldades que envolvem o processo de simbolização, a paciente é capaz de apresentar um discurso repleto de representações psíquicas, ainda que delirante.

Macha fora criada por uma mãe que negava sua própria sexualidade e, conseqüentemente, obstruía o acesso da filha a essa dimensão psíquica. Os banhos com a mãe poderiam suscitar na paciente, ainda criança, devaneios repletos de imaginação erótica, de curiosidade em relação ao corpo, à sexualidade, às origens do sujeito etc. Porém, ao sair da banheira, a filha era agredida fisicamente por sua mãe, que tentava dispor do traumático como ferramenta para paralisar o pensamento da filha no que lhe era perturbador. Outra estratégia adotada para interromper o curso do pensamento da filha consistia em romper bruscamente o contato com ela: a fim de aplicar-lhe uma punição, a mãe deixava a filha sozinha por dias, junto ao excesso de excitação que resulta dessa situação aterrorizante para a criança: “Excedida pelo abandono causado, a criança não consegue pensar” (DEJOURS, 2001/2019, p. 155). Ainda na infância, Macha pôde constatar que a asma tinha a função de acalmar a mãe e aproximá-la de si. Pode-se considerar essa estratégia como um meio adotado por Macha para tornar a mãe mais serena e restabelecer o contato e a comunicação com ela. A questão que podemos situar aqui é como uma crise somática poderia tranquilizar a mãe? Talvez a resposta para essa questão esteja na concepção do que seria “ser mãe” para a mãe de Macha. No entanto, não temos algum indicativo disso.

É importante destacar as estratégias desenvolvidas e utilizadas pela paciente para manter a estabilidade da clivagem: quando sentia-se ameaçada diante da irrupção do quadro delirante, Macha saturava seu aparelho psíquico com o intuito de provocar uma crise de asma. Para cessar a crise somática, a paciente agia de modo a convocar o pensamento delirante, dedicando-se às atividades esotéricas e à representação imagética de sua angústia.

Macha, em seu relato acerca de seus delírios, revela a crença de que sua mãe introduziu em seu cérebro uma parafernália infernal que impede seus pensamentos e distorce sua atividade intelectual, levando-a a conceber escolhas ruins. Podemos supor que a figura materna, além de interromper determinados pensamentos da filha, agiu de forma a desviar, a modificar o raciocínio da criança, sobretudo relacionado à constituição de sua história singular, de sua origem, o que envolve também alguns questionamentos acerca da sexualidade dos pais, da origem do prazer e do desprazer. Considerando que a mãe da paciente não suportava as relações sexuais, nem o próprio corpo, fazendo também com que o pai se tornasse inacessível à filha, talvez o desejo de Macha por um filho tenha sido a única maneira que a paciente pode ter encontrado para obter outra experiência de maternidade. Mas, considerando as dificuldades herdadas pela paciente em relação à constituição de seu corpo erógeno, qual seria a estruturação psicossomática que o futuro reservaria a seu bebê?

O relato clínico a seguir compreende o caso de um paciente que apresenta diferentes modalidades defensivas diante da ameaça da clivagem gerada por determinadas situações afetivas que atingem a zona de sensibilidade de seu inconsciente, como acontecia com Macha embora consiga exercer menos controle que ela: o paciente apresenta doença somática crônica e, em dado momento, desenvolve uma somatização cerebral acompanhada de pensamento delirante.

7.4 Relato clínico: caso Jorge¹⁷

¹⁷ A reconstrução deste relato clínico exposto neste trabalho se deu a partir da leitura, recorte e reunião de diferentes trechos de casos publicados em vários trabalhos do autor, nem sempre indicados como fragmentos das sessões clínicas de um mesmo paciente: “Psicossomática e metapsicologia do corpo” e “Psicossomática e teoria sexual”, capítulos que constam no livro *Psicossomática e teoria do corpo*, de Christophe Dejours, 2019; “Biologia, psicanálise e somatização”, capítulo referente a uma palestra feita por Christophe Dejours, ocorrida em 1997, transcrita e publicada no livro *Psicossoma II: Psicossomática Psicanalítica*, dos organizadores Volich, Ferraz e Arantes, 2007; Entrevista intitulada *Christophe Dejours - O corpo inacabado entre fenomenologia e psicanálise*, publicada por Kanabus, na revista Psicologia USP, vol. 26, n.3, em 2015. Os nomes atribuídos ao paciente pelo autor nas duas primeiras publicações mencionadas acima foram, respectivamente, Sr. B. e Sr. Jorge Rubião. Nos dois últimos trabalhos citados, o autor não concedeu um nome específico ao paciente.

Jorge faltou a diversas sessões de análise que transcorria há vários anos. O paciente, médico cirurgião, acabara de ser vítima de um episódio superagudo de vertigens, sendo necessária sua hospitalização na ala de neurologia. A crise ocorreu precisamente no dia de São Jorge, após um almoço, ao ar livre, sob o sol, na fazenda. Após a refeição, com seu carro, ele se dirigiu às instalações situadas na outra extremidade da propriedade. Deixou sua mulher no local do encontro e retornou para estacionar o carro nas proximidades.

De repente, foi tomado por uma “impressão de morte iminente com vertigens medonhas, náuseas, intensas dores abdominais e vômitos” (DEJOURS, 2019f, p. 298). Apesar do mal-estar físico intenso e da sensação de morte, conseguiu pensar em acionar o alarme sonoro do seu veículo para tentar fazer com que alguém viesse. Um senhor se aproximou e o paciente lhe pediu para que chamasse sua mulher, que chegou após alguns minutos. Ele pediu a ela para que o levasse ao pronto-atendimento do hospital mais próximo. Erraram o trajeto e foi preciso parar, pois o paciente começou a ter espasmos durante os quais perdeu todo o controle sobre seu corpo — vomitou e defecou. Como a situação havia piorado, o casal parou o carro e esperou a ajuda para buscá-los na estrada.

No hospital, foram feitos exames de eletrocardiograma e de imagem que, no entanto, tiveram resultados dentro do padrão considerado normal. O exame neurológico, por sua vez, evidenciou um nistagmo característico e, assim, foi preciso internar o paciente na ala de neurologia:

Após três dias de investigações e de observação, em que se sente constantemente entre a vida e a morte, chegam com o diagnóstico de distúrbios neurológicos periféricos: neurite labiríntica aguda de origem desconhecida, provavelmente viral, que devia ser regressiva (DEJOURS, 2019f, p. 299).

Na primeira sessão de análise que sucedeu após diversas semanas de sua ausência, as associações conduziram-no ao relato detalhado das circunstâncias da crise somática. Ele havia comido em uma mesa grande, sob o sol; fazia muito calor naquele dia. Então lhe veio

a ideia da angústia de morte e, sobretudo, o que ele descreveu em pormenores: a forma como pensou ter praticamente vivido a sua própria morte. Foi necessário, em seguida, repassar todas as etapas de um retorno à Terra ou de um novo nascimento. Foi preciso aprender a se alimentar, primeiro com líquidos; depois, reaprender a andar, como uma criança titubeante, sem equilíbrio etc (DEJOURS, 2019f, p. 299).

Em seguida, o paciente demonstrou irritação com a data de aniversário de São Jorge. Teve a impressão de que já tivera questões somáticas nesta data em vários anos, marcada pela história do avô paterno, cujo nome lhe foi dado para que não se esquecessem do referido avô, morto há tempos. O paciente vinha tendo, toda noite, uma atividade onírica intensa. No entanto, seu relato se interrompeu sob o efeito de uma ideia, que fez com que falasse sobre seus olhos. Durante vários dias, no hospital, o paciente esteve totalmente acamado,

com os olhos fechados. Se abria os olhos, produziavam-se vertigens pavorosas. Atualmente, tem sentido, conforme nos diz, uma grande fadiga ocular. É porque seus olhos, acrescentou ele, fizeram o *tour* completo da morte, da vida, do renascimento...” (DEJOURS, 2019f, p. 300, grifos do autor).

E então, continuando a associar, o paciente se perguntou se esse acidente não teria se originado de sua máquina fotográfica. Ele havia tirado muitas fotos naquele dia. Ele relatou a sensação de uma corrente elétrica que vinha lhe atingir através da máquina, provocando a sucessão dos distúrbios neurológicos. Jorge chegou posteriormente a levar sua máquina para que um fotógrafo a examinasse. Então, ao perceber que havia tido uma ideia delirante associada a uma descompensação somática, o paciente mostrou-se atônito.

O analista faz uma intervenção com o intuito de apontar que o essencial não parecia ser a história de São Jorge, mas a questão da máquina fotográfica. Fazia tempo que, em análise, já tinham sido abordadas, de modo mais ou menos confuso, o seu gosto pela fotografia associado aos seus interesses sexuais:

(o exibicionismo sádico de seu pai entra aqui em questão, pai que se entregava a verdadeiras carnificinas, abates, diante do filho). (No passado, o paciente fotografou bastante sua companheira nua, em atitudes e posições escabrosas). É preciso ressaltar, entretanto, que esse talento para a fotografia surgiu durante a análise (DEJOURS, 2019f, p. 300).

O paciente mostrou-se atônito diante da intervenção do analista. Ao retomar a palavra, relatou uma viagem que fizera sozinho no início daquele verão, semanas antes da crise somática e delirante. Jorge dirigiu-se à casa de uma amiga que morava no interior. Conversando sobre as dificuldades de sua vida, a amiga lhe contou sobre os problemas vasculares muito incômodos de que sofria, que lhe causavam sangramentos muito facilmente. Tempos atrás, tivera uma coagulação intravascular disseminada. As sequelas consistiam no fato de que as relações sexuais lhes desencadeavam, toda vez, hemorragias vulvo-vaginais.

“Não podem me tocar”, ela lhe disse. E essa frase o atingiu e impressionou muito. Não podem tocá-la... e, no entanto, ela instalou o Sr. Rubião em sua cama. Obrigou-o, de fato, durante sua estada em sua casa, a deitar-se na cama dela... enquanto ela ia dormir no sofá. Ele não queria esse arranjo, mas ela o impôs’ (DEJOURS, 2019f, p. 301).

Cabe ressaltar que, nessa viagem, o paciente se dirigiu a uma cidade vizinha para ver uma exposição sobre corpos mortos plastificados (*Körperwelten*, de Von Hagens)¹⁸. Durante a refeição na fazenda, que ocorreu por volta de oito dias depois da visita à casa da amiga, Jorge se viu à mesa com um casal cuja mulher era ruiva e considerada por ele muito bonita. Então, ele a fotografou bastante. A amiga interiorana era, ela também, ruiva, sendo também considerada como muito bonita. Ao revelar as fotografias, Jorge constatou que a pupila da mulher ruiva fotografada havia ficado vermelha por causa do *flash*. “Curiosamente, quando estava na casa da amiga que sangra, com essa curiosa disposição de espírito — a ruivice, a beleza, o desejo, o não tocar... —, veio-lhe à boca uma espécie de bolha febril: uma herpes labial, provavelmente” (DEJOURS, 2019f, p. 301).

Seu pai era comparado, pelo paciente, a um açougueiro. Esse pai era um grande caçador. Sangrava os coelhos e arrancava-lhes os olhos para fazer com que o sangue escorresse diretamente numa cuia em que, antes, ele havia colocado vinho e feito o filho carregá-la durante a caça. Também degolava os carneiros, todo ano, na Páscoa. Da escada onde o pai costumava pendurar o animal, o sangue escorria e esguichava para todo lado — na escada, nas mesas, no chão, nas roupas. Obrigava o filho a assistir ao massacre e, em seguida, fazia com que ele limpasse tudo. Ao voltar da caçada, o pai destrinchava os animais e então os cortava em pedaços. Importante destacar também um episódio em que havia obrigado o filho a acompanhá-lo até uma cocheira; ali, encurralou um cão de pelagem ruiva entre dois bancos e atirou-lhe uma bala na cabeça diante do olhar do filho.

Sua mãe sofria de constipação e passava várias horas no banheiro. O paciente, em uma dada sessão, se recordou dos barulhos que vinham do banheiro de cima, onde a mãe ficava. Ele escutava as fezes descendo água abaixo. Era repugnante. Sua mãe não era uma mãe, em sua concepção, mas uma mãe indigna. Ele achava que ela devia fazer carícias a si mesma e gozar na privada. Como seus pais costumavam dormir em quartos separados, o paciente achava que eles não tinham relações sexuais.

¹⁸ Nessa exposição, encontram-se conjugados o ver, a morte, o sangue, o “não tocar” (DEJOURS, 2009/2019e).

Era impossível a esse paciente dirigir alguma agressividade em direção à mãe. Um de seus irmãos havia discutido com ela e o pai o ameaçou:

“Se isso se repetir”, disse ele, “eu vou te deixar marcado e as marcas vão ficar para sempre. Vou te bater na cara e as feridas vão ser tão profundas que vão deixar cicatrizes que nunca vão desaparecer”. De fato, às vezes, o pai sacava o cinto militar, de fivela e mosquetão, com o qual batia nos filhos sem nenhuma cerimônia (DEJOURS, p. 114, 2019e).

A criança que Jorge havia sido ficava intrigada com as condutas enigmáticas de seus pais relativas à função do trato digestivo inferior, das tripas, do ânus: a mãe introduzindo supositórios no ânus da criança e passando horas no banheiro atormentada pela constipação; o pai obcecado pelo ventre e pelo corpo dos animais e ameaçando os filhos de represálias corporais.

A análise permitiu remontar precisamente à formação do núcleo de inconsciente amencial que é a jazida das reações somáticas e psicóticas. Em resposta ao menino que Jorge fora na época,

o pai, tomado por uma reação homossexual feroz, não encontrou mais nada a fazer a não ser aterrorizar o filho, convidando-o para assistir a cenas de abate sangrento que estarreceram a criança e a paralisaram, chegando a ponto de fazê-la perder todo o controle de si e a defecar — o pai ameaçando-a, em seguida, com as violências que infligia aos corpos dos animais (DEJOURS, 2019f, p. 314).

Algum tempo depois do acidente delirante e somático, o paciente relatou um sonho após ter evocado, durante a sessão, uma dor que estava sentindo no quadríceps e que atribuiu a uma tendinite decorrente de longas caminhadas feitas há alguns dias. Ele indagou-se bastante sobre essas dores. Dor que o remeteu às dores incansavelmente evocadas por sua mãe. Então, Jorge pensou que a dor seria inerente a um atributo feminino; logo, que ela remeteria à feminilidade nele. No sonho:

Ele está em um serviço hospitalar dirigido por uma médica que não é ninguém menos que Madeleine, sua mulher. Ela lhe mostra como é preciso fazer para examinar o corpo de um doente. Daí, se vê tendo de fazer o exame proctológico de um homem. O homem está na posição da prece maometana (*procubitus*). Seu ânus é grande, aberto por um tubo metálico que bem deve ser de um diâmetro “ao menos cinco vezes maior que o de um anuscópio”. O ânus é grande e está aberto. O Sr. Rubião tem de se aproximar para examinar, mas seu olhar se atrapalha, ele tem quase uma vertigem e já não vê nada no tubo. Ele tem de introduzir nesse tubo uma pipeta de vidro como aquela que se utiliza em adegas para pipetar o vinho no barril. E a pipeta não pode se

quebrar. Então se vê tomado de tremores nas mãos.

Mas, em seguida, ele tem de retirar o cano metálico que dilata o ânus. Só que a margem anal está tão retesada que é difícil e perigoso, pois não se deve provocar ruptura perineal no momento da extração. [...] É preciso fazer com que o tubo avance, fazendo com que a margem anal vá rolando progressivamente. Isso se parece com as dificuldades que o obstetra encontra quando quer tirar a cabeça do recém-nascido da vulva, sem dilacerá-la (cf. a ideia de renascimento que acompanha sua estada no hospital) (DEJOURS, 2019f, p. 315-316).

Sobre o sonho, o paciente fez associações que foram, primeiro, em direção à cor do vinho na pipeta que teria a mesma cor do sangue. As atribuições delegadas ao feminino e ao masculino se tornaram confusas: a pipeta pode penetrar, mas também pode bombear. “A imagem do parto pelo ânus também se impôs, talvez, como em um parto difícil em que seria preciso utilizar instrumentos metálicos... a fórceps” (DEJOURS, 2019f, p. 316).

Jorge, além desse episódio de descompensação psicossomática marcado por somatização cerebral e delírio, tinha obtido o diagnóstico de retocolite hemorrágica¹⁹ já há algum tempo. As crises inflamatórias e hemorrágicas da doença repetiram-se diversas vezes durante a análise. Em todas elas, as circunstâncias foram claramente identificadas pelo paciente que não tinha nenhuma dúvida quanto às relações de causa e efeito entre as circunstâncias em causa e a crise evolutiva da doença. Em geral, tratava-se de situações de conflito — seja em sua vida doméstica, seja em sua vida profissional — em que se sentia vítima de uma agressão, à qual reagia com uma inibição maciça, associada à angústia de sua impotência em manifestar uma reação agressiva.

Certa vez, quando atravessava de carro uma floresta ao cair da noite, tinha atrás dele uma enorme carreta que estava com os faróis todos acesos e colocou em sua traseira a ponto de chegar a encostar no seu para-choque. Extremamente angustiado, ficou sabendo, posteriormente, que essa ação significava — na linguagem da rodovia — que os caminhoneiros em questão eram homossexuais, e era assim que faziam o convite para um breve encontro sexual. Logo depois desse incidente, Jorge teve uma crise de retocolite hemorrágica.

¹⁹ Retocolite ulcerativa consiste em uma doença crônica do tubo digestivo, com caráter autoimune, que se caracteriza por inflamações do muco que reveste a parede do tubo digestivo inferior, provocando diarreias sangrentas e dores abdominais intensas. As causas da doença ainda são desconhecidas (LANNA et. al. 2006).

Após recuperar-se dessa descompensação somática, o paciente permaneceu estável durante meses. No plano psíquico, Jorge teve a impressão de fazer progressos, não em direção a melhor habilidade de lidar com a agressividade alheia, mas na de compreender como sua timidez e sua inibição estavam relacionadas ao medo da violência do pai. O paciente sonhava bastante com ele.

Certo dia, Jorge não foi para a sessão de análise. Foi a primeira falta desde o começo do tratamento, dois anos antes. Uma semana depois, o paciente telefonou para informar ao analista que “acabara de escapar, por pouco, da morte. Seu pai, então com 80 anos de idade, acabara de ser internado em terapia intensiva por causa de... uma hemorragia digestiva. Diagnóstico: uma retocolite hemorrágica, em sua primeira crise!” (DEJOURS, 2019e, p. 118). O paciente, por sua vez, reagiu de forma catastrófica ao adoecimento paterno: teve uma crise de retocolite ulcerativa superaguda e foi internado em terapia intensiva. “Como descrevem alguns especialistas em psicose, é bem no momento em que o Sr. B. está efetivamente ganhando um começo de independência em relação ao pai, que este descompensa” (DEJOURS, 2019e, p. 118). O paciente fez uma descompensação endereçada ao pai. Este, por sua vez, se curou e até sua morte, quinze anos depois, nunca mais teve crises de retocolite.

O caso clínico apresentado foi recomposto a partir de diferentes publicações que continham diferentes partes que, ao unificá-las em nosso trabalho, compreendemos se tratar de um mesmo relato clínico devido a algumas repetições que envolviam a história clínica. Talvez o autor tenha publicado alguns fragmentos em diferentes artigos em função do sigilo que envolve a ética da prática clínica. Ou então, o autor pode ter privilegiado determinados aspectos do caso em decorrência da concepção teórica que gostaria de discutir a partir dali.

Ao estruturarmos o caso, é possível apreender dificuldades do casal parental relativas à habilidade de fazer com que sua função anal pudesse ser abordada nos jogos eróticos com os filhos: a mãe, que apresentava constipação, e o pai, que posteriormente apresentou uma crise de retocolite hemorrágica não puderam fazer com que o filho pudesse subverter libidinalmente essa função homóloga de seu corpo. Haveria também uma questão, não muito desenvolvida ao longo do caso, relativa à dificuldade do casal de manter relações sexuais. Não é claro o quanto a problemática que envolve o desejo do casal pode estar envolvida na irrupção da somatização no filho. Portanto, nossa análise não pode tocar na problemática do desejo ou não por um filho.

Em consonância com as proposições teóricas apresentadas por Dejours, os

episódios de descompensação somática relativos às crises de retocolite ulcerativa ocorriam em situações de conflito em que o paciente sentia-se agredido. Sem poder reagir violentamente em direção ao outro, o paciente, por meio do mecanismo da repressão (*Unterdrückung*), degradou a percepção em excitação e agrediu a seu próprio corpo. Na mesma ocasião da severa descompensação de retocolite ulcerativa do pai, o paciente apresentou uma forma não menos grave da crise que atingia o mesmo ponto de fragilidade somático de seu pai: o paciente tentou endereçar uma mensagem a seu pai, mas esta foi absorvida pela zona proscrita do corpo erótico. Na descompensação somática ocorrida no pai e no filho, temos um exemplo clínico muito claro acerca da dificuldade da subversão libidinal da função anal e da falha somática ao tentar mobilizar o corpo para enriquecer o sentido expressivo da mensagem interdita.

O pai apresentava comportamento extremamente violento, exigindo que o filho o acompanhasse em suas caçadas e assistisse às cenas sangrentas de morte que envolviam também a dilaceração dos corpos dos animais. A violência, quando exercida, pode adquirir uma coexcitação sexual proveniente do inconsciente recalcado. É provável que o paciente, ao assistir às cenas violentas que o pai lhe obrigava, tenha sido confrontado com mensagens enigmáticas oferecidas pelo inconsciente sexual paterno: afinal, sua descompensação cerebral e delirante envolve um contexto permeado de sinais sexuais e enigmáticos que remontam à violência assistida na infância, além de materiais proscritos pela violência paterna contra seu corpo, ou contra a ameaça violenta de, assim como os animais, ter seu corpo dilacerado, cujo afeto lhe provocou uma sensação corporal passível de sensibilizar a zona de seu inconsciente amencial — cão com pelagem ruiva/mulher ruiva; ver o sangue escorrer através dos olhos dos animais/olhos vermelhos das mulheres ruivas nas fotografias em decorrência do *flash* da câmera; caçar na floresta/estar na fazenda.

Assim, podemos estabelecer um encadeamento do trauma em dois tempos: o primeiro, corresponderia ao da inscrição, ou seja, às cenas infantis impregnadas de violência que envolvia sua relação com o pai, a ameaça constante contra sua integridade corporal, as cenas sangrentas e impressionantes. O segundo tempo traumático teria ocorrido em duas etapas: a primeira, representada pela cenas com a amiga interiorana — a ruivice, a beleza, a proximidade, o sangue, as hemorragias, a proibição ao toque do corpo de sua amiga — que culminou no surgimento de uma herpes. A segunda etapa ocorreu após aproximadamente uma semana, no encontro com a outra mulher ruiva que lhe suscita representações do vermelho, da proximidade, da pupila vermelho-sangue, que

remeteria às associações das cenas sangrentas e espalhafatosas de sua infância. Aqui ocorre a descompensação neurológica. É interessante considerar que a crise psicossomática, cujo material que tentou ser afastado pela recusa estava relacionado às percepções traumáticas infantis, se assemelha a uma reação aguda epiléptica. Será que a máquina fotográfica poderia ter representado para o paciente a possibilidade de capturar as percepções sensíveis ao inconsciente amencial? Não à toa, seu pensamento delirante se constitui em torno dessa máquina fotográfica, máquina de captura de imagens. Assim, a crise psicopatológica, semelhante à dinâmica da epilepsia, poderia ter surgido com o intuito de tentar apagar os traços mnésicos que essas percepções capturadas lhe suscitaram. Vale ressaltar o componente sexual que marca o segundo tempo do trauma.

Em sua zona de proscrição, teria se condensado a violência, associada ao sangue, à hemorragia, ao sadismo, à morte, ao assassinato e ao desejo sexual. Há, então, nessas duas mulheres ruivas, algo que remete à mensagem intraduzível (acidentes da sedução); à paralisia psíquica do paciente, quando ele era criança, frente a uma sedução pelo pai que se instala no corpo do filho por meio de um agir que expressa o voto de morte, de assassinato e de sangue (DEJOURS, 2019f). O delírio, cujo material estaria relacionado ao descontrole ocular e à significação deste, pode ter sido constituído para que Jorge pudesse defender-se da sensação corporal desencadeada pela cadeia associativa que aquelas percepções podiam lhe suscitar. O paciente vivencia a morte e, depois, o renascimento. No entanto, ao considerarmos a teoria acerca da gênese da somatização cerebral, encontramos alguns limites teóricos: não há indícios de que os pais tenham tentado se apropriar e dominar o curso do pensamento do filho. Será que em outros casos de somatização cerebral, que não envolvem o advento da esquizofrenia, o casal parental tende a adotar outras estratégias? O que faria com que o cérebro fosse uma região de fragilidade somática, nestes casos, se não há *deficit* significativo da cognição e da linguagem no caso de Jorge?

A produção onírica do paciente expressa a possibilidade de reintegração do região anal ao corpo erótico: examinar o ânus, o sangue, os riscos de dilaceramento do órgão, a manipulação manual, o olhar através do espéculo, retomando a vertigem que havia lhe ocorrido que, agora, estava retornando pela via onírica. O autor considera que os jogos corporais envolvidos no *voyeurismo* e no sadismo puderam ser reintegrados e reapropriados graças à perlaboração pelo sonho que metabolizou a descompensação somática e delirante — o proscrito, inerente ao inconsciente amencial, pôde ser repatriado pelo inconsciente sexual recalcado. Pode-se considerar que o trabalho analítico

possibilitou pensamentos referentes à descompensação somática e delirante que puderam ser postos em latência para, posteriormente, retornarem sob efeito do trabalho do sonho.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipótese da esquizofrenia como somatização cerebral sugere que o controle e a manipulação do pensamento infantil pelo casal parental impede que o apoio da pulsão se constitua em regiões cerebrais caracterizadas pelas funções cognitivas e de linguagem, prejudicando a efetivação da subversão libidinal dessas funções. A hipótese de somatizações cerebrais contribui para a psicopatologia psicanalítica na medida em que descompensações psíquicas e somáticas são centradas na sexualidade psíquica e nos entraves de sua constituição. Assim, a clínica psicanalítica poderia consistir em um apoio ao sujeito que necessita investir libidinalmente determinadas funções corporais, concebendo novas representações psíquicas, inventando novos pensamentos que enriqueçam o inconsciente sexual e sejam capazes de fazer contenção ao extravasamento do conteúdo amencial sobre as zonas que apresentam maior fragilidade somática. O que a esquizofrenia, segundo a concepção de Dejours, nos mostra, é que o cérebro se torna uma região vulnerável ao adoecimento na medida em que há uma impossibilidade fundamental da liberdade criativa do pensamento, comprometendo as contribuições que o inconsciente sexual podem fornecer à cognição, à linguagem e, mais precisamente, à simbolização.

A dinâmica psíquica empreendida pelas funções materna e paterna, pautada no não-desejo de um terceiro, na tentativa materna de reviver sua própria história materno-infantil, no não-reconhecimento de um sujeito passível de vivenciar uma singularidade, implicará no *déficit* do sistema pré-consciente, na primazia do sistema consciência-percepção, na impossibilidade de que ideias e pensamentos, referentes à sexualidade, às origens do Eu, do prazer e do desprazer, possam ser livremente constituídas e elaboradas pela criança. Essas condições ambientais oferecidas pela psicodinâmica da relação familiar que refletirão na estruturação dinâmica intrapsíquica infantil, necessárias para o desenvolvimento da esquizofrenia, atuam conjuntamente aos fatores genéticos também envolvidos na vulnerabilidade do advento da esquizofrenia. A identificação de alterações neurofisiológicas ainda no estágio inicial de desenvolvimento da esquizofrenia pode ser considerada uma evidência de que processos relativos ao neurodesenvolvimento, influenciados pelo ambiente, estão implicados no advento dessa

somatização. No entanto, ainda não há respostas satisfatórias em relação à irrupção da sintomatologia psicótica somente no final da adolescência ou início da vida adulta: como o sujeito, em sua infância e adolescência, pôde manter a estabilidade clivagem sem que, para isso, devesse fazer uso de defesas envolvidas em manifestações psicopatológicas típicas da esquizofrenia?

Ao considerar o cérebro como um órgão que pode ser alvo de somatizações, Dejours despoja a esquizofrenia de seu status exclusivo de uma doença reconhecidamente mental, e a situa também no corpo. Dessa maneira, o autor dá um passo a mais em direção à concepção monista psicossomática: o corpo psíquico é a representação derivada do corpo biológico. Ainda assim haveria uma diferença entre o que constitui o corpo fisiológico e o que constitui o corpo psíquico, que se revelaria no modo como cada um desses corpos se expressa. O fisiológico se expressa pela força do instintual; o psíquico, pelas destrezas da sexualidade. O corpo, portanto, oferece condições para a subversão de suas experiências em pensamento.

Phillipa não podia representar as origens do Eu, do prazer e do desejo sem que pudesse ser ameaçada em sua existência psíquica. O esboço de um contato com a história singular de sua própria origem começou a se delinear após um longo período de análise. Helena e Macha também não puderam acessar plenamente a dimensão da sexualidade psíquica. Helena não apresentava tolerância à aproximação corporal porque fora criada por adultos que rejeitavam qualquer troca sexual prazerosa. Sua concepção de maternidade envolvia tão somente a satisfação de afirmar sua posição de educadora. Sua filha, apesar de desenvolver um raciocínio lógico considerando brilhante, teve um adoecimento psicótico grave devido aos entraves do acesso ao mundo erótico e à feminilidade. Macha, o único caso analisado neste trabalho que corresponde estritamente à dinâmica da esquizofrenia, desejava ter filho ou desejava a maternidade? A paciente, que também não podia acessar à curiosidade sexual, busca a análise após dar à luz a filho morto. Jorge fora exposto constantemente em sua infância a situações marcadas por uma violência brutal — a imaginação erótica suscitada na relação com a figura paterna tinha que ser interrompida diante da impossibilidade do pai lidar com a demanda de uma função proscrita. Helena e Macha tinham asma. Macha, Phillipa e Jorge produziam delírios, a primeira mais frequentemente. Jorge tinha retocolite ulcerativa e, mais tarde, obteve o diagnóstico de neurite labiríntica aguda. Phillipa adoeceu gravemente devido a um cisto nos ovários. Com exceção de Helena, os pacientes analisados nesta pesquisa, quando se defrontavam com situações afetivas intensas, utilizavam mais de um recurso

psíquico defensivo para descarregar a excitação proveniente do inconsciente amencial, inconsciente desanexado da sexualidade psíquica.

Dejours, ao estabelecer a construção de um segundo corpo, um corpo capaz de pensar sobre si mesmo, apreende também as nuances de um corpo por vezes amputado e impedido de mobilizar fantasias, pensamentos associativos e interpretações de um estado de excitação corporal. Em suma, a esquizofrenia representaria uma descompensação psicopatológica de um corpo que não pôde criar um pensamento de sua própria origem.

9. REFERÊNCIAS

AGUIAR, C.C.T. et al. Esquizofrenia: uma doença inflamatória? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 59 (1), 2010, p. 52-57.

ARARIPE NETO, A.G.A.; BRESSAN, R. A.; BUSATTO FILHO, G. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 34, supl 2, 2007, p. 198-203.

AULAGNIER, P. (1975). **A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado**. Tradução de Maria Clara Pellegrino. Rio de Janeiro: Imago, 1979.

CASETTO, S. J. Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. **Psychê**, Ano X, nº 17, São Paulo, jan-jun/2006, p. 121-142.

DEJOURS. (1997). Biologia, psicanálise e somatização. In: VOLICH, R.M.; FERRAZ, F.C.; ARANTES, M.A.A.C.A. (Org.). **Psicossoma II: Psicossomática Psicanalítica**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 45-57.

DEJOURS, C. (1986). **O corpo entre a biologia e a psicanálise**. Tradução de Dóris Vasconcellos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DEJOURS, C. (2001). **Primeiro, o corpo: corpo biológico, corpo erótico e senso moral**. Tradução de Vanise Dresch. Porto Alegre: Dublinense, 2019.

DEJOURS, C. A interpretação psicossomática da esquizofrenia e a hipótese da somatização cerebral (1990). In: DEJOURS, C. **Psicossomática e teoria do corpo**. Tradução de Paulo Sérgio Souza Jr. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2019a, pp. 55-74.

DEJOURS, C. As doenças somáticas: com ou sem sentido? (1989). In: DEJOURS, C. **Psicossomática e teoria do corpo**. Tradução de Paulo Sérgio Souza Jr. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2019b, pp. 31-54.

DEJOURS, C. O corpo erógeno entre delírio e somatização (1987). In: DEJOURS, C. **Psicossomática e teoria do corpo**. Tradução de Paulo Sérgio Souza Jr. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2019c, pp. 11-29.

DEJOURS, C. O corpo na interpretação (1993). In: DEJOURS, C. **Psicossomática e teoria do corpo**. Tradução de Paulo Sérgio Souza Jr. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2019d, pp. 97-111.

DEJOURS, C. Psicossomática e metapsicologia do corpo (2008). In: DEJOURS, C. **Psicossomática e teoria do corpo**. Tradução de Paulo Sérgio Souza Jr. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2019e, pp. 112-143.

DEJOURS, C. Psicossomática e teoria sexual (2009). In: DEJOURS, C. **Psicossomática e teoria do corpo**. Tradução de Paulo Sérgio Souza Jr. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2019f pp. 297-318.

DEJOURS, C. (1989). **Repressão e Subversão em psicossomática: pesquisas psicanalíticas sobre o corpo**. Tradução: Vera Ribeiro. 1.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

FREUD, S. (1927). O feticismo. In: FREUD, S. **Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos**. Obras completas, vol. 17. 1. ed. São Paulo: Companhia das letras, 2016, p. 244-251.

FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos**. Obras completas, vol. 6. 1. ed. São Paulo: Companhia das letras, 2016. p. 13-172.

GUTFREIND, C. A propósito da atualidade da censura do amante. **Revista Psicanálise**, Porto Alegre, vol. 20, n. 1, 2018, p. 195-199.

KANABUS, B. Christophe Dejours - O corpo inacabado entre fenomenologia e psicanálise: entrevista. **Psicologia USP**, vol. 26, n. 3, 2015, p. 328-339.

LANNA, C.C.D. et al. Manifestações articulares em pacientes com doença de Crohn e retocolite ulcerativa. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 46, sup. 1, 2006, p. 45-51.

LAPLANCHE, J. **Teoria da sedução generalizada e outros ensaios**. Tradução de Dóris Vasconcellos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. Porto

Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARTY, P. **Mentalização e psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

MARTY, P. M'UZAN, M. (1962). O pensamento operatório. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. XXVIII, n. 1, 1994, p.165-174..

TARELHO, L.C. A tópica da clivagem e o supereu. **Percurso**, n. 56/57, jun/dez. 2016.

SILVA, R.C.B. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, 17(4), 2006, p. 263-285.